



Università degli Studi di Milano | Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione “Riccardo Massa”
Dottorato in Antropologia della Contemporaneità: Etnografia delle Diversità e delle Convergenze Culturali

“PRENDERSI CURA DI SE STESSA”: RIPRODUZIONE E SESSUALITÀ. GOVERNANCE RIPRODUTTIVA E TRAIETTORIE DI VITA

Coordinatore: Professor Ugo Fabietti

Supervisore: Prof.ssa Claudia Mattalucci

Candidato: Anastasia Martino (745044)

A nonna Elena

Donna che non ha mai indossato i pantaloni
ma li ha sempre portati

INDICE

1 INTRODUZIONE.....	5
1.1 Razionalizzare la sessualità e pianificare la riproduzione.....	6
1.2 Struttura e limiti del testo.....	11
 2 GEOGRAFIE, VOLTI E TECNICHE DELLA RICERCA.....	 17
2.1 Il contesto.....	17
2.2 Tempi e luoghi; spazi e modi; strumenti.....	22
2.2.1 I tempi e luoghi.....	22
2.2.2 Spazi e modi della ricerca.....	26
2.3 Le interviste.....	42
 3 GOVERNARE I CORPI NEL PERIMETRO DEI DIRITTI.....	 45
3.1 Prospettive di antropologia dello Stato.....	45
3.2 Il governare e le sue declinazioni.....	49
3.3 “Capacità di agire” e soggettività.....	56
3.4 La <i>governance</i> riproduttiva.....	60
3.5 La retorica dei “diritti” e degli “errori” riproduttivi.....	64
3.6 Le biopolitiche, le razionalità e le strategie riproduttive e sessuali.....	69
3.7 Il campo della contraccezione.....	75
 4 <i>SEGURO POPULAR</i>: LA LUNGA MANO DELLA SALUTE PUBBLICA.....	 79
4.1 Il sistema di salute in Yucatán.....	79
4.2 Caratteristiche generali del sistema medico yucateco.....	82
4.3 Una storia del sistema sanitario messicano.....	87
4.4 <i>SEGURO POPULAR</i>: impianto legislativo.....	92
4.5 <i>SEGURO POPULAR</i>: gestione clinica.....	103
4.6 Una salute di qualità: articolazioni burocratiche, servizi medici e categorie <i>morali</i>	107
4.7 Verso una nuova riforma del sistema di salute.....	112
 5 DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI E POLITICHE DEMOGRAFICHE.....	 123
5.1 La costruzione della salute riproduttiva e sessuale.....	123
5.2 Diritti sessuali e riproduttivi in Messico: una breve storia locale.....	132

5.3 Pianificazione familiare e diritto alla contraccezione.....	139
5.4 Interruzione volontaria di gravidanza: le due facce dei diritti.....	148
5.5 Pianificazione Familiare in due ospedali di Mérida.....	155
 6 LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE: TECNOLOGIE E STRATEGIE PER “CUIDARSE”.....	165
6.1 Dati numerici, mete istituzionali ed esperienze di vita della contraccezione.....	165
6.2 Strategie e pratiche della “scelta”: medici, assistenti sociali, pazienti si confrontano nella <i>consejeria</i>	172
6.3 I contraccettivi: tecnologie meccaniche e ormonali.....	189
6.3.1 Il DIU.....	189
6.3.2 Il DIU Mirena.....	198
6.3.3 <i>Implanon</i> e i contraccettivi ormonali.....	203
6.4 La tecnologia migliore: la <i>ligadura</i>	209
6.5 Gli uomini e la contraccezione: vasectomia e coito interrotto.....	223
6.6 Le tecnologie contraccettive, ideologie della scelta e della responsabilità e relazioni di genere.....	230
 7 L’INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA: ESPERIENZE E RISCHI.....	237
7.1 L’aborto a Mérida.....	237
7.2 Aborti e gravidanze problematiche.....	239
7.3 Aborto: esperienze, pensieri, emozioni.....	245
7.4 L’aborto: opzioni e scelte impossibili.....	251
7.5 I “rischi” e lo “stigma” dell’aborto.....	257
 8 STORIE DI UNA LOTTA CORPO A CORPO: ATTIVISMO PRO-CHOICE.....	263
8.1 I Movimenti sociali in Yucatán.....	263
8.2 Costruire uno spazio civile per la difesa dei diritti delle donne.....	265
8.3 SHSSR: una clinica umanitaria.....	269
8.4 Strategie mediche e legali per aborti “sicuri”.....	276
8.5 L’azione medica fuori dalla clinica.....	280
8.6 Donne, interruzione di gravidanza e lotta per i diritti.....	287
8.7 Attivismo Pro-Choice a Mérida.....	290

9 IL MOVIMENTO PRO-LIFE, IL “SI ALLA VITA”, L’ADOZIONE E I DIRITTI DEL NON-NATO.....	299
9.1 Il Movimento Pro-Life a Mérida.....	299
9.2 La Casa di Accoglienza.....	304
9.3 Volontari, attivisti e professionisti del Movimento Pro-Life.....	309
9.4 La cultura dell’adozione.....	314
9.4.1 Incontro una madre adottiva.....	318
9.5 Il campo dell’adozione: una “macchina” efficace?.....	323
10 ESPERIENZE E TRAIETTORIE DI VITA TRA GRAVIDANZE NON PIANIFICATE, RELAZIONI SENTIMENTALI E PROCESSI MATERIALI.....	327
10.1 Entrare in un’accoglienza chiusa.....	327
10.2 Le vite delle donne, dentro e fuori dai movimenti Pro-Life.....	338
10.2.1 Le relazioni all’interno della casa di accoglienza.....	338
10.2.2 Esperienze passate, rappresentazioni presenti e piani futuri di vita.....	343
10.3 Strategie e scelte possibili: l’adozione per le donne.....	361
10.4 Strategie di vita tra “libertà” e “costrizioni”.....	370
11 CONCLUSIONI.....	375
11.1 Esperienze, scelte e costrizioni.....	375
11.2 “Prendersi cura di se stesse” e “cavarsela”.....	379
11.3 Salute, precarietà, sofferenza sociale: riflessioni tra il Messico e l’Italia.....	382
BIBLIOGRAFIA.....	387

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

Le donne, il corpo, la sessualità e la riproduzione. Volti e storie inserite in un contesto circoscritto da paletti chiari: il potere, la salute e la medicina. In Messico.

L'antropologia mi ha fornito la disciplina (nel senso del rigore/della "regola") e gli strumenti (nel senso della prospettiva dello sguardo) per costruire un apparato teorico e pratico che permettesse l'intreccio delle mie passioni.

Questo testo e la ricerca di campo che lo precede abitano i miei pensieri, le mie giornate, le mie speranze dal lontano 2010. È stato un percorso lungo in cui ho sperimentato difficoltà ma anche soddisfazioni. La fase della scrittura di questo testo è stata quella più faticosa.

L'ostacolo maggiore della fase di scrittura è stato sapere che avrei potuto utilizzare in modo migliore, in mille altri modi possibili, il materiale a mia disposizione: le storie delle vite che mi erano state raccontate, che avevo ascoltato, visto e, in qualche modo, vissuto; gli spazi in cui ero entrata. Sguardi, pianti e sorrisi raccolti in ore di registrazioni e in quaderni di appunti. Il desiderio e l'aspettativa più grandi sono stati far parlare in modo corale le donne che avevo incontrato: volevo che quelle donne parlassero anche per tutte le altre, quelle che non ho mai incontrato ma che, in un modo o in un altro, in Messico o in un altro posto del mondo, hanno e sono il loro "corpo".

Le donne che ho conosciuto (e le loro voci) sono diventate i miei fantasmi, mi hanno seguita per un lungo tempo, mi hanno accompagnata ed è come se fossero diventate (o tornate ad essere) persone reali dentro le mie giornate, a distanza di tempo e di luogo. Una sorta di "amiche-grilli parlanti" nei confronti delle quali sai di aver sempre un certo riguardo ma che tratti con indolenza e fastidio.

Cosa c'era di importante in quelle vite conosciute? Che cosa poteva essere indispensabile dire di queste persone che avevo incontrato? Che cosa era stato importante per me? E che cosa poteva essere importante per altre donne che erano, almeno apparentemente, estranee e distanti da quelle esperienze, da quel posto, da quelle condizioni storiche, culturali, sociali, economiche, politiche di cui avrei voluto scrivere?

La fatica era scrivere ed esercitare il pensiero critico nel tentativo e nella possibilità di suggerire un'alternativa possibile nel gioco sociale delle relazioni in cui le regole possano riconoscere quell'idea astratta di libertà e renderla attuale, attiva, strumento di interazione paritaria tra persone (non importa se donne o uomini, gay, lesbiche e transgender).

La restituzione di un'etnografia è un montaggio, una composizione di pezzi in cui chi scrive non si può togliere dal campo di azione e di osservazione. Ho cercato di mantenere sempre all'erta l'attitudine critica di sapere che avrei costruito io il testo e che quindi non sarei potuta essere assolutamente oggettiva; ma sapevo anche che se fossi stata attenta a questo rischio avrei potuto calcolarne le conseguenze possibili e limitarne i danni. Ho cercato di costruire trame narrative che potessero restituire scenari in cui le "contraddizioni radicali" (Nordstrom 2008) della vita stessero insieme, consapevole che il modo di stare insieme delle contraddizioni non è ordinato ma forse è sensato.

Ho rimandato a lungo la scrittura. Ho risalito controcorrente la ricerca, ho riletto e riscritto i quaderni di appunti, trascritto interviste e riscritto storie di vita in cui ogni piccolo segmento del tracciato biografico mi sembrava essere fondamentale, imprescindibile, per restituire il quadro completo, per capire come ogni elemento fosse collegato a tutto il resto. L'ossessione di dover spiegare ogni cosa con minuzia di particolari, di dover restituire ogni passaggio per non perdere il legame tra i pezzi del puzzle che stavo ricostruendo mi ha accompagnato per lunghe giornate. Poi ho capito che avrei dovuto accettare dei compromessi: semplificare, tagliare, disperdere, scegliere che cosa tenere dentro e che cosa lasciare fuori. Ho iniziato a pensare a questo testo come a un resoconto, il prodotto finale di un percorso che non esaurisce tutte le possibilità e lascia aperte alcune domande. E allora eccola la scrittura che è la chiusura di un percorso, ma non la sua fine, sempre, nonostante tutto, ogni volta.

La scrittura è stato il modo per cercare di restituire il senso labirintico e sgranato della storia delle persone che sono sempre in un perenne movimento, in una continua ricerca, in un lungo viaggio anche quando sono attaccate come calamite al posto in cui sono nate.

1.1 Razionalizzare la sessualità e pianificare la riproduzione

La sessualità e la riproduzione sono i grandi nodi tematici di cui scrivo in questo testo. Ho focalizzato la mia attenzione su specifici processi: la gestione e il controllo della sessualità e la razionalizzazione della riproduzione.

Nello specifico, a partire dalla mia ricerca di campo condotta in Messico, parlo di contraccezione, intesa sia come modalità e strategia politica della pianificazione familiare e del controllo demografico sia come insieme di pratiche, discorsi e immaginari che si definiscono e si costruiscono nell'utilizzo o non utilizzo dei metodi contraccettivi, da parte dei soggetti sociali. Penso la contraccezione come un punto di snodo tra sessualità e riproduzione,

uno snodo in cui queste sfere della vita si incontrano, si scontrano, interagiscono in una costante relazione dialettica, articolata e mutevole.

Ho analizzato il “campo della contraccezione”¹ e propongo uno studio critico sulle modalità attraverso le quali la salute sessuale e riproduttiva è definita, negoziata e vissuta. La riproduzione appare coinvolta in un processo dinamico, influenzato da meccanismi culturali, sociali, politici e materiali inscritti all’interno di “mondi morali locali” (Kleinman 1999; Das 1998; 1999) e, al contempo, influenzati da relazioni, strategie e modelli globali (Biehl e Petryna 2013).

La mia prospettiva di analisi si articola a cavallo tra diversi ambiti della disciplina antropologica: l’antropologia del genere occupandomi appunto del sistema sociale, culturale, politico ed economico che dà forma alle relazioni tra uomini e donne; l’antropologia medica occupandomi di una sfera che riguarda direttamente il campo della salute; l’antropologia politica e delle istituzioni perché oltre a guardare alle traiettorie e ai percorsi biografici delle persone (e dunque ai processi di costruzione delle soggettività delle donne e degli uomini) focalizzo la mia attenzione anche sulla sfera di gestione istituzionale della riproduzione e della sessualità.

La ricerca di cui scrivo è stata condotta, dal 2010, in Yucatán. Ho lavorato prevalentemente in contesto urbano, nella capitale dello stato che è Mérida.

Per vedere come si articola questo “campo della contraccezione” (analizzare le forme in cui viene organizzato materialmente ed elaborato sul piano discorsivo), ho scelto di fare ricerca in determinati “spazi sociali”²: due ospedali pubblici; una clinica privata gestita dall’unica associazione Pro-Choice locale (SHSSR); una casa d’accoglienza per donne incinte gestita, invece, dalla più importante associazione del movimento Pro-Life presente in maniera capillare in tutti gli stati del paese (VIFAC).

La principale domanda che mi pongo in questo testo è: che cosa significa nel contesto in cui ho condotto la mia ricerca parlare di sessualità e riproduzione? E anche di diritto di scelta, diritti riproduttivi e diritti sessuali?

Dagli anni ‘70/‘80, il concetto analitico di “genere” è stato introdotto all’interno del dibattito antropologico, allo scopo di superare una prospettiva analitica fortemente influenzata dal riduzionismo biologico (Busoni 2000, Butler 2006 [2004], Cohen 2000, Haraway 1995

¹ Di cui spiego il significato all’interno del capitolo terzo.

² Seguendo la definizione di De Matta (2000, cit. in de Zordo 2012b), con l’espressione “spazi sociali” mi riferisco a “sfere di azione sociale, entità morali e domini culturali” che si influenzano reciprocamente e sono costantemente relazionati tra loro. Inserisco all’interno di tale categoria non soltanto gli spazi che si costruiscono attorno all’attivismo dei due movimenti ma anche le strutture ospedaliere all’interno delle quali ho condotto la ricerca.

[1991], Ortner 2006, Ortner e Whitehead 2000 [1981]) e di analizzare le relazioni tra donne e uomini intese come “costruzioni culturali e sociali”, ripensandole in termini politico-relazionali. In questa traiettoria si auspicava il ribaltamento dell’ordine naturale delle cose e il ripensamento delle identità di genere non più nei termini di entità naturali e immutabili ma come costruzioni storiche, sociali, politiche che si definiscono e ridefiniscono costantemente e reciprocamente.

Sappiamo che per molto tempo la fecondità e la funzione biologica della riproduzione, pensati come elementi caratterizzanti la femminilità, hanno determinato il meccanismo di definizione delle relazioni di potere tra i due generi, relegando la donna in una sorta di sfera *naturale* in contrapposizione ad una sfera maschile, *culturale*. Ciò implica la definizione di sfere di appartenenza e di azione separate in cui la natura sembra essere sempre subordinata alla cultura, la donna all’uomo. Seguendo quando sostiene l’antropologa francese Françoise Héritier questa “gerarchia si può dissolvere” solo ripartendo dall’appropriazione da parte delle donne, in primo luogo, dell’ambito fisico e corporeo. Cioè proprio da quel “corpo” che sembra essere all’origine dell’universale e limitante riduzione delle donne alla loro funzione riproduttiva. Assume importanza fondamentale il diritto a disporre del proprio corpo e della propria fecondità che si esprime pienamente nel diritto alla contraccezione³.

«Il fulcro di questa conquista è il diritto di disporre di sé offerto dalla contraccezione, con la riappropriazione del controllo della fecondità. Grazie alla contraccezione la donna diventa padrona del proprio corpo e non è più considerata una semplice risorsa; gode del libero arbitrio in materia di fecondità [...]. Essa può così mettere fine a un sistema di dominio che consisteva nell’usarla per fare figli [...] La contraccezione costituisce la leva essenziale dell’emancipazione femminile» (Héritier 2004: 87-88).

Sono questi i presupposti su cui si basano e si sviluppano a partire dagli anni ‘70 la maggior parte delle teorie femministe volte al raggiungimento e al riconoscimento della soggettività politica, sociale e culturale delle donne come soggetti “autonomi” e “non subordinati” al “sistema di dominio” costruito storicamente sul regime della mascolinità (Bourdieu 1998).

Sebbene le considerazioni e le posizioni di F. Héritier possano essere più o meno condivisibili, ritengo che l’antropologa ci dica qualcosa di estremamente interessante rispetto alla funzione e al valore politico/istituzionale della contraccezione. Per quanto riguarda la contraccezione, sembra che non sia tanto il dato tecnico dell’introduzione di metodi

³ Secondo la studiosa francese questo rappresenta il primo passo, fondamentale, nel percorso di emancipazione femminile, poiché tutte le ulteriori rivendicazioni (di pari accesso all’istruzione, di parità politica, di uguaglianza professionale e salariale, di rispetto nella mentalità e nei costumi, di condivisione delle incombenze domestiche, ecc.) non possono portare a cambiamenti significativi e duraturi, se non si basano su questa conquista basilare, che scardina dall’interno il meccanismo attraverso il quale si è realizzato il dominio.

contraccettivi moderni (e dunque maggiormente controllabili) a fare la differenza nella lotta per l'emancipazione femminile, dal momento che le donne avrebbero potuto tranquillamente continuare ad utilizzare clandestinamente queste nuove tecniche anticoncezionali, come avevano sempre fatto con quelle tradizionali⁴. La svolta per le donne è invece: «l'istituzionalizzazione a opera del diritto implica che è loro attribuita apertamente una responsabilità, insieme al diritto di decidere della propria sorte in questo campo, se non da sole per lo meno in accordo con il loro partner» (Héritier 2004: 166) e costituisce «il segnale più importante dell'accesso all'eguaglianza» (Ivi: 121), poiché pubblico.

Queste riflessioni consentono di delineare una prospettiva che ci permetterà di guardare alla sessualità e alla riproduzione nei termini di “creazioni discorsive” connesse ad un “bio-potere” (Foucault 2010). Ovvero a un potere che si esercita sui corpi delle persone e attraverso di loro, che non solo agisce sugli individui (attraverso dispositivi ben precisi) ma anche attraverso di loro (tecniche del sé).

Le nozioni di sesso e di genere vengono, dunque, coinvolte nella stessa dinamica politica a partire dalla quale ogni discorso sulla sessualità si fonda sull'ordine sociale, che viene così rappresentato e legittimato all'interno dei discorsi ufficiali del potere e delle istituzioni. Se il potere si realizza all'interno di particolari contesti storico-culturali attraverso specifiche forme di definizione culturale della vita, possiamo sostenere che nel momento in cui la riproduzione e la salute diventano un problema di ordine pubblico, il suo rapporto con lo Stato cambia, poiché «il concetto di Stato al servizio dell'individuo in buona salute si sostituisce al concetto dell'individuo in buona salute al servizio dello Stato» (Foucault 1997: 203).

La riproduzione, la sessualità e la contraccezione, in quanto terreno di intervento sia sociale sia istituzionale, sotto forma di controllo positivo e negativo, delineano un campo ideologico-discorsivo sulle sorti dei singoli soggetti ma anche di quelli collettivi (come la nazione).

Un campo in cui si confrontano poteri e posizioni sociali differenti e spesso conflittuali tra loro nel tentativo di trasformare o mantenere determinati rapporti di forza. Gli agenti del campo preso in esame sono molteplici: istituzionali (stato nazionale, categorie professionali dei medici e dei vari funzionari istituzionali, agenzie internazionali che definiscono le politiche demografiche e producono paradigmi culturali); economici (il mercato della salute fondato sulle logiche assistenziali assicurative, le grandi multinazionali farmaceutiche e le strategie di sperimentazione e distribuzione dei farmaci in generale e dei metodi contraccettivi

⁴ Questo uso all'insaputa del partner non aveva effetto sulla loro immutata condizione di dipendenza dal desiderio maschile, sia dal punto di vista sessuale che da quello riproduttivo.

in particolare⁵); sociali (collettività organizzate fuori dall'apparato statale – movimenti sociali di vario stampo e ispirazione ideologica - e gruppi di appartenenza religiosa) nonché i singoli soggetti con le loro traiettorie biografiche (donne e uomini)⁶.

Questo campo di azione non si esprime solo nella dinamica di rapporti di forza in cui si producono effetti di dominio complessivi ma mai completamente stabili (come per esempio la mediazione tra politiche demografiche internazionali e scelte nazionali o i conflitti tra i sessi nella gestione della contraccezione, della riproduzione e della sessualità). Il campo si esprime anche nella produzione di un discorso che legittima e sostiene modelli, visioni e scelte che sono sia collettive sia individuali.

Guardare al “campo della contraccezione” e a come i diversi soggetti si posizionano e si muovono al suo interno, cercando di utilizzare diversi tipi di capitali a loro disposizione, mi permetterà di mostrare come un fenomeno naturale come la gravidanza (sia desiderata o non) e tutte le sue conseguenze, effettive e potenziali, siano il risultato dell'insieme di fattori eterogenei: specifiche politiche di pianificazione familiare, disuguaglianze sociali e di genere (istruzione, lavoro, dipendenza/indipendenza economica, migrazione...), norme e valori culturali e sociali (religione, matrimonio, relazioni di coppia e di parentela...) che orientano e definiscono le pratiche e le traiettorie riproduttive e sessuali delle persone.

In questo testo, mostro come, nel contesto preso in esame, l'analisi dei diversi metodi contraccettivi⁷ e delle molteplici “tecniche contraccettive”⁸ metta in luce quali sono le forme e le dinamiche del loro utilizzo (o non utilizzo) da parte delle donne e quanto lo sviluppo di queste biotecnologie e del sapere medico abbia portato alla definizione di un sistema medico, sociale e politico, solo apparentemente coerente, di gestione ed offerta di determinate possibilità e/o scelte di vita⁹. Attorno ai diversi “dispositivi contraccettivi” si costruiscono tecnologie, saperi, pratiche ma anche rappresentazioni, idee e immaginari il cui potere di

⁵ La gestione e l'organizzazione pratica delle politiche di pianificazione familiare sono influenzate non solo dalle direttive internazionali ma anche dalle politiche economiche di distribuzione dei metodi contraccettivi da parte delle grandi imprese farmaceutiche. Il Messico, sin dagli anni '70, ha rappresentato un “campo privilegiato” per le sperimentazioni dei vari metodi contraccettivi, effettuate a partire da accordi interni tra le istituzioni governative locali, internazionali e le varie case farmaceutiche produttrici.

⁶ Analizzerò l'azione di tutti questi elementi in maniera simultanea e dialettica ma ritengo importante specificare che ho lavorato su di essi in modi diversi e che solo alcuni saranno considerati come soggetti principali del lavoro.

⁷ A partire dalle definizioni e dagli utilizzi biomedici dei dispositivi contraccettivi cercherò di decostruire la “scientificità neutrale” propria del discorso biomedico inerente alla loro stessa efficacia. L'efficacia e, soprattutto, la capacità di “non essere fallimentari” si costruisce a partire da molteplici elementi ed è direttamente connessa al punto di vista dei soggetti che si prendono in considerazione.

⁸ Inserisco all'interno della categoria di “tecniche contraccettive” quelli che, seguendo una prospettiva biomedica, vengono definiti “metodi contraccettivi naturali”, come per esempio il coito interrotto o il metodo Billings.

⁹ Per una discussione critica del concetto di “scelta” e di “libertà” riproduttiva rimando al lavoro di Iris Lopez (2008).

azione non si esaurisce solo all'interno del sistema medico-istituzionale ma sfocia in quello sociale e politico.

All'interno di questo scritto, metterò in evidenza come il diritto alla contraccezione collegato alla responsabilità della riproduzione, alla libertà di scelta, all'autodeterminazione non dipenda solo da sistemi medici, giuridici e filosofici, ma sia una categoria costruita nell'articolazione di diverse sfere dell'esperienza. Esistono mondi morali, sistemi sociali, economici, politici e culturali che contribuiscono a rendere tale categoria operativa e significativa *su e attraverso* i processi di costruzione delle singole soggettività.

Un'ideologia costruita a partire da nozioni come quelle di libertà di scelta, responsabilità, autonomia, diritto, definite in maniera cristallina all'interno degli apparati giuridici (internazionali e nazionali) e medici (la possibilità di raggiungere un certo grado di autonomia rispetto ai processi biologici, controllando la riproduzione attraverso l'utilizzo di biotecnologie) ma anche intellettuali (penso per esempio ad alcune posizioni delle teorie di genere e femministe) viene continuamente ridefinita nella quotidianità. La libertà di scelta, la responsabilità riproduttiva, l'autonomia del corpo e i diritti riproduttivi e sessuali, perdono quindi quella solidità retorica per cui appaiono quasi come dati ontologici, per sfumare in atteggiamenti che permettono di affrontare e risolvere le criticità delle esperienze riproduttive e sessuali.

1.2 Struttura e limiti del testo

Il testo, escluse introduzione e conclusione, si articola in nove capitoli che sono collegati tra loro e si susseguono in ordine.

Dopo l'introduzione, il secondo capitolo è di ordine metodologico: presento il contesto della ricerca, i luoghi e gli spazi in cui mi sono mossa durante la mia permanenza in Messico. Analizzo le caratteristiche e i principali fenomeni che hanno modificato, negli ultimi anni, il tessuto sociale della città di Mérida. Nella seconda parte di questo capitolo mi concentro sulla descrizione del campo di ricerca. Ricostruisco e problematizzo le dinamiche e le strategie che hanno definito la costruzione delle mie relazioni sul campo.

Nel terzo capitolo presento l'apparato teorico a partire dal quale ho articolato l'analisi del materiale etnografico. La struttura del capitolo è costruita sul passaggio graduale dall'ambito analitico più ampio verso il segmento minimo dell'etnografia. Si parte quindi dalle prospettive dell'antropologia politica sullo Stato e sulla dimensione istituzionale, parlo di *governance*, governamentalità e soggettivizzazione ma anche di *agency* e di soggettività. Una

parte consistente dei riferimenti teorici di questo lavoro si definisce attorno alla categoria analitica di “*governance* riproduttiva” che presento e spiego, mettendone in evidenza il valore euristico. Problematizzo le categorie dei “diritti riproduttivi e sessuali” e presento il concetto di “biopolitiche”, in maniera dialettica con quello di razionalità e strategie sessuali e riproduttive. Infine, esplicito che cosa intendo con l’espressione “campo della contraccezione”.

Dal quarto capitolo mi addentro nella parte più etnografica del lavoro con un’analisi del sistema sanitario messicano. Presento le caratteristiche dell’ambito della salute “pubblica” messicana e ricostruisco i principali passaggi storici che hanno portato alla definizione dell’attuale sistema sanitario. A partire dai dati etnografici raccolti all’interno delle strutture sanitarie focalizzo lo sguardo sulla gestione quotidiana dei servizi ospedalieri, con particolare attenzione alle criticità che essa presenta. In questo capitolo fornisco gli elementi per comprendere come si definisce la salute e l’assistenza medica nei servizi sanitari gestiti dallo stato. Nella conclusione del capitolo problematizzo il concetto di “salute pubblica” e la portata delle ultime riforme governative attuate in Messico.

Il capitolo quinto è una ricostruzione storica del processo di definizione delle categorie di “diritti sessuali e riproduttivi” a livello delle legislazioni internazionali. Dall’ambito globale mi sposto poi su quello nazionale: analizzo come la definizione di specifiche categorie di diritti abbia portato alla costruzione di campagne e programmi istituzionali nel campo dell’assistenza sanitaria. Analizzo il programma istituzionale della Pianificazione Familiare, sia nel suo livello programmatico e teorico sia in quello pratico della gestione clinica. Introduco infine le prime analisi e considerazioni su uno dei temi centrali di questo lavoro: l’interruzione volontaria della gravidanza.

Il capitolo successivo, il sesto, è un lungo e dettagliato resoconto etnografico della gestione clinica del programma di pianificazione familiare. Presento un’etnografia degli ospedali in cui metto in luce la gestione medica del programma istituzionale e come le pazienti si rapportano alla pianificazione familiare e all’utilizzo dei metodi contraccettivi. Ricostruisco e analizzo il punto di vista dei medici e del personale sanitario e quello delle donne che sono le principali utenti dei servizi di ginecologia e ostetricia.

Il settimo capitolo è costruito attorno al tema dell’interruzione della gravidanza. Analizzo come l’aborto oltre ad essere considerato, a livello locale, un omicidio, un peccato e un reato, rappresenti anche un’esperienza che molte donne sperimentano nel corso della loro vita. Presento e problematizzo quali sono le diverse possibilità per accedere a un’interruzione della gravidanza e i “rischi” medici e sociali che essa può comportare.

Con l'ottavo e il nono capitolo si esce dall'ambito istituzionale e governativo della salute. In quest'ultima parte del lavoro mi occupo dell'attivismo sociale e dei movimenti che si definiscono attorno alla definizione dei diritti delle donne o di quelli del feto.

Nel capitolo ottavo ricostruisco la storia del movimento per la difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle persone a Mérida. Descrivo il movimento Pro-Choice, quali sono le attività che svolge e come sia in grado di fornire il servizio d'interruzione volontaria della gravidanza in un contesto in cui essa rappresenta una pratica illegale.

Nel capitolo nono, invece, presento il movimento Pro-Life e le sue attività a Mérida. Problematizzo i presupposti ideologici dell'attivismo e mostro come essi incidono sulla gestione degli spazi del movimento. In particolare, focalizzo lo sguardo su una casa di accoglienza per donne in difficoltà gestita dal movimento e su come l'adozione, all'interno di questo spazio sociale, diventi l'alternativa all'aborto.

Il decimo capitolo si struttura attorno alla ricostruzione delle storie delle donne che vivono all'interno della casa di accoglienza gestita dal movimento Pro-Life. Problematizzare le esperienze di vita di queste donne mi permette di riflettere sulle condizioni di vita delle donne in generale e sulle difficoltà che esse si trovano ad affrontare prima, durante e dopo la gravidanza.

La costruzione del campo d'indagine dettata dai miei interessi e dalle caratteristiche del contesto di ricerca mi ha portato a decidere di non occuparmi di alcuni soggetti sociali. I grandi esclusi da questa tesi sono principalmente tre: gli uomini, i professionisti della medicina tradizionale e l'ambito dei saperi e delle pratiche tradizionali relative al corpo e alla salute e, infine, la popolazione indigena che, nel caso specifico, ha una connotazione identitaria maya.

Gli uomini sono stati "esclusi" quasi per una scelta obbligata. Le politiche e i programmi di pianificazione familiare, così come le attività di sostegno e di assistenza dei due movimenti sociali si focalizzano principalmente sulle donne. Gli uomini sono soggetti riproduttivi esclusi dal campo della contraccezione ed è sulla loro assenza che ho focalizzato la mia attenzione¹⁰.

Gli uomini di cui scrivo sono i pochi compagni delle donne che ho avuto modo di incontrare negli ospedali e i medici che lavorano all'interno dei reparti di ginecologia e ostetricia. Ho cercato di definire una prospettiva di analisi che non escludesse la figura maschile ma certamente non è questa una tesi in cui la presenza della figura maschile sia forte, almeno non

¹⁰ Per un'analisi e una problematizzazione del ruolo dell'uomo all'interno delle politiche istituzionali inerenti la pianificazione familiare, la sessualità e la riproduzione rimando al lavoro di Matthew Gutmann (2007; 2009).

in maniera diretta. Gli uomini, però, sono sempre presenti nelle rappresentazioni e nelle esperienze di vita delle donne che ho incontrato.

Ho scelto di non occuparmi dell'ambito della medicina tradizionale perché, sebbene le figure terapeutiche tradizionali siano attive nel panorama delle risorse della salute a disposizione delle persone, la loro incidenza sulle traiettorie di vita delle donne che ho incontrato non è stata significativa. La maggior parte delle donne che ho conosciuto, per età e per contesto di provenienza, non si era mai rivolta ad una levatrice. Erano soprattutto le donne più adulte e provenienti dalle zone rurali che in alcune occasioni avevano richiesto l'assistenza delle terapeute tradizionali. Le levatrici tradizionali sono state figure che storicamente hanno avuto un ruolo centrale nelle politiche delle pianificazioni familiari. Erano le responsabili della promozione dell'utilizzo dei contraccettivi tra le donne nei primi anni di implementazione dei programmi statali per il controllo demografico. Oggi, le levatrici non intervengono più nella sfera della pianificazione familiare ma continuano a occuparsi dell'assistenza alle donne durante la gravidanza e, in casi rari, al parto¹¹.

Lo Yucatán è uno degli stati del Messico con un'alta percentuale di popolazione indigena, intesa sia come autorappresentazione sia come attribuzione identitaria. L'affiliazione etnica rappresenta uno degli assi attorno a cui si definiscono relazioni di potere disuguali e meccanismi di marginalità ed esclusione sociale, economica e politica a livello locale. Tuttavia in questo testo non utilizzo la distinzione tra popolazione indigena e non indigena come elemento di analisi. Questa scelta è stata dettata dal materiale etnografico: ho incontrato persone che non si autodefinivano, né autorappresentavano, utilizzando principi identitari di appartenenza maya. Avendo svolto una ricerca in contesto urbano quello dell'affiliazione etnica, secondo la mia prospettiva d'analisi, è uno tra gli elementi che possono incidere sulle condizioni di esclusione, marginalità e sofferenza sociale che definiscono i tracciati biografici delle persone. Il "peso" di tale incidenza, tuttavia, è dal mio punto di vista "inferiore" rispetto a quello che possono avere altri processi, meccanismi ed elementi che interessano la vita quotidiana delle persone (risorse economiche, possibilità materiali, educazione, condizioni abitative, salute, lavoro...).

Nelle prime fasi del mio lavoro ho preso in considerazione la possibile incidenza dell'affiliazione etnica sulle condizioni di vita delle persone. Volevo capire in che modo la differenza etnica potesse intervenire sulle condizioni di salute delle persone. Successivamente, ho deciso di non considerare la differenza etnica come un elemento discriminante nella definizione del mio campo di ricerca e di analisi. Con il tempo mi sono

¹¹ Per quanto riguarda gli studi sulla medicina tradizionale e sulle figure delle levatrici rimando al lavoro di Patrizia Quattrocchi (2011).

resa conto di quanto, nelle aree urbane come Mérida, l'intolleranza e la discriminazione basata sull'etnicità siano chiare ed evidenti. La definizione di una specifica affiliazione identitaria e il razzismo pervadono il paesaggio urbano ma, in rari casi, i modelli etnici hanno conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva delle persone.

È spesso la classe che supera l'etnicità come spiegazione per le relazioni di potere e di disuguaglianza. Ritengo che siano proprio i concetti di classe e di genere i fattori fondamentali per spiegare le condizioni della sessualità e della salute riproduttiva delle persone.

Sono convinta di quanto in determinate circostanze, attribuendo spiegazioni eccessivamente culturaliste ai fenomeni e ai processi che osserviamo, la distinzione identitaria e/o etnica possa essere più funzionale a occultare le disuguaglianze di potere piuttosto che a renderle evidenti, a comprenderle e a problematizzarle. Nel contesto locale, "l'indigenità" troppo spesso viene utilizzata in operazioni intellettuali di scarso valore politico il cui principale obiettivo è quello di salvaguardare una supposta purezza dell'identità maya, utilizzata sempre di più per fini economici e turistici¹².

¹² Questi processi sono stati particolarmente prolifici nel periodo della mia ricerca che ha coinciso con la fase precedente, contemporanea e successiva all'evento de "la fine del mondo" ipotizzato, secondo alcuni, nel calendario maya. Sulla scia di questo fenomeno che si sarebbe dovuto verificare il 21 dicembre del 2012, il turismo è aumentato in Yucatán.

CAPITOLO 2

GEOGRAFIE, VOLTI E TECNICHE DELLA RICERCA

2.1 Il contesto

La ricerca è stata svolta in Messico, precisamente nella capitale dello stato dello Yucatán, Mérida.

Mérida rappresenta il centro urbano più grande e più importante dello stato. Lo Yucatán si trova a sud est del paese e fa parte insieme agli stati di Quintana Roo e Campeche della Penisola dello Yucatán. Questa penisola definisce il confine tra il Messico e il Guatemala. Mérida è la capitale amministrativa, finanziaria e culturale. È una città turistica: si trova nelle vicinanze dei più importanti siti archeologici Maya ed è l'unico centro urbano dotato di aeroporto.

La Zona Metropolitana di Mérida, oltre al territorio municipale della capitale, comprende altri municipi limitrofi, di cui i più importanti sono Uman e Kanasin. Si estende per circa 1.300 chilometri e comprende una popolazione di circa 1 milione e 50 mila abitanti. Lo Yucatán nella sua totalità conta 2 milioni e 80 mila abitanti¹³.

La prima volta che sono arrivata a Mérida era il 2008, dovevo svolgere la ricerca di campo per la mia tesi di laurea specialistica. Avevo da sempre una passione per il Messico e mi sono ritrovata a fare ricerca in Yucatán. Quell'esperienza era stata positiva ma la città non mi aveva entusiasmato; lo Yucatán era un posto molto bello ma dove non mi sentivo a mio agio; il Messico continuava ad affascinarmi per la sua varietà e le sue enormi differenze e contraddizioni. Avevo vissuto tra Mérida e Valladolid per nove mesi e avevo deciso che, non sarei mai tornata a fare ricerca in Messico e, soprattutto, in Yucatán.

Nel 2011 mi sono ritrovata di nuovo in Messico, di nuovo a Mérida. L'argomento della mia ricerca di dottorato non era dei più semplici: entrare nelle istituzioni quando non hai conoscenze a livello locale è quasi impossibile, inoltre, se avessi voluto lavorare sulla contraccezione e sull'aborto sarebbe stato meglio trovarmi in un contesto a me noto. I miei contatti e le persone che avevo conosciuto mi avrebbero aiutato e facilitato nella costruzione del campo di ricerca. Effettivamente, a posteriori, posso dire che se avessi scelto un'altra città sarebbe stato tutto molto più complesso, soprattutto, i tempi di lavoro sarebbero stati molto più dilatati.

¹³ Fonte: *Consejo Nacional de Población*, 2014.

Nel luglio del 2011, dopo tre anni di assenza, tornavo a Mérida, nel suo caldo umido asfissiante e nelle sue strade ancora così “coloniali”.

Il caldo e l’umidità sono le prime sensazioni che si provano arrivando a Mérida, io me le sono portate dietro: hanno inciso sui tempi e sui modi della ricerca. Anche quando ho imparato a convivere sono sempre stata influenzata dal clima, che opprime e che toglie il fiato. Mentre il mondo fuori scoppia sotto la pesantezza dell’umidità, all’interno degli spazi chiusi, pubblici e privati, sei costretta ad indossare maglie a maniche lunghe e sciarpe per la temperatura bassissima a cui generalmente viene tenuta l’aria condizionata. È l’unica strategia che permette di far funzionare la testa e dare ossigeno al pensiero. Costringe ad uscire dall’indolenza.

Avevo lasciato una cittadina di provincia, ritrovavo un grande centro urbano. Il centro della città ha mantenuto le sue caratteristiche ma gli alberghi, i locali, le gallerie di arte e le caffetterie sono aumentati in maniera vortiginosa negli anni. Ritrovavo una città cresciuta anche dal punto di vista urbanistico. Il nord della città, dove sorgevano i grandi e ricchi centri commerciali, si è trasformato con la costruzione continua e recentissima, di maestosi e moderni edifici, di quartieri residenziali dotati di ogni confort. Sapevo che la città si stava trasformando ma non avrei mai immaginato che fosse un processo così veloce. Sono nati nuovi centri universitari, nuove scuole, nuovi centri commerciali, nuovi poli per lo sport.

L’espansione urbanistica è legata al forte aumento della popolazione, conseguenza di un duplice fenomeno migratorio che ha interessato la città negli ultimi anni: una migrazione interna allo stato, dalle zone rurali verso il contesto urbano; una migrazione dagli altri stati del Messico verso lo Yucatán.

Nel primo caso, si tratta di persone che dalle zone rurali si sono trasferite in contesto urbano, alla ricerca di una migliore condizione di vita legata alle possibilità di trovare lavoro. Sono persone che si sono trasferite nel sud della città, dove la popolazione cresce a dismisura, in maniera inversamente proporzionale alla crescita dei servizi e delle possibilità abitative, opportune e decenti.

È questa la zona urbana più povera e dove si vive in condizioni di alta marginalità sociale, economica e politica. La periferia urbana a sud di Mérida si definisce, all’interno dell’immaginario collettivo locale, come uno spazio denso di problematiche e fortemente conflittuale. I conflitti riguardano i generi e anche le generazioni. La violenza domestica e sessuale è un elemento che caratterizza la vita della maggior parte delle donne che vivono in questa zona della città. Il sud della città è un posto pericoloso, ad alto tasso di delinquenza generalizzata e con una forte presenza di bande della microcriminalità locale.

Questa zona della città cresce ogni giorno di più ed ingloba i vari municipi che si estendono verso sud. Qui vivono la maggior parte delle donne e degli uomini che ho incontrato durante la mia ricerca, sono generalmente persone che si sono trasferite a Mérida per lavoro. Lavorano nella parte ricca della città, quella residenziale, al nord. Le donne trovano lavoro nell'assistenza domestica, nella ristorazione e nel campo alberghiero. Gli uomini forniscono la manodopera necessaria alla costruzione dei grandi quartieri residenziali per coloro che, invece, si trasferiscono a vivere a Mérida da altri stati.

Sono sempre di più le persone che dal resto del paese si sono trasferite e continuano a trasferirsi a Mérida. I quartieri residenziali al nord della città, la zona più ricca di tutto il territorio urbano, sono diventati una meta abitativa per tutti coloro che, vivendo in ottime condizioni economiche, hanno potuto scegliere di lasciare le città del paese in cui il livello di violenza è sempre più alto per vivere nella tranquillità di Mérida.

Il Messico è interessato, dal 2006, da quel fenomeno conosciuto come la “Guerra al narcotraffico”. Con questa espressione si intende un conflitto armato interno al paese che vede confrontarsi le forze militari dello Stato messicano¹⁴, i Gruppi di Autodifesa Popolari e Comunitari¹⁵ ed i cartelli¹⁶ che controllano le diverse attività illegali, in particolare il traffico illegale della droga. Tale conflitto nasce nello stato del Michoacan ma si è esteso oggi in molti altri stati del paese: da Città del Messico verso il nord (soprattutto Sinaloa, Chihuahua, Baja California, Nuevo Leon, Oaxaca, Veracruz).

A partire dal 2006, infatti, la violenza è stata sempre maggiore e più generalizzata, in tutto il paese. Tra il dicembre del 2006 e gennaio del 2015 si stima che siano morte circa tra le 80.000 e le 150.000¹⁷ persone in esecuzioni, scontri armati tra gruppi rivali, aggressioni dirette. Il numero delle vittime include narcotraffickanti, membri delle forze armate dello stato e civili. Tra i civili, le vittime di questa guerra sono soprattutto: giornalisti, difensori dei diritti umani, persone senza identità o non identificate che vengono uccise e ritrovate all'interno di fosse comuni. Molti sono “scomparsi” e sulle loro sorti non si ha nessuna certezza.

Sebbene questo fenomeno sia iniziato nel 2006, è diventato noto in tutto il mondo solo negli ultimi anni, soprattutto a seguito di un evento specifico che ha occupato le pagine dei

¹⁴ Esercito, marina e polizia federale.

¹⁵ Si tratta di gruppi di polizia comunitaria o gruppi di autodifesa, formati da normali cittadini, che nascono alla fine del 2012 in diversi stati del paese. Rappresentano una forma per affrontare lo stato generalizzato di insicurezza, generata dall'incapacità degli organi del governo di rispondere al loro obbligo offrendo sicurezza alla popolazione.

¹⁶ Si tratta soprattutto dei cartelli del Golfo e dei *Los Zetas*. Sono gruppi di criminalità organizzati tra i più importanti e potenti di tutta la repubblica messicana che controllano e gestiscono diverse attività illegali tra cui soprattutto il mercato della droga e la tratta di persone dal Messico verso gli Stati Uniti.

¹⁷ La stima dei morti e degli scomparsi varia in base alle fonti: quelle governative tendono a ridimensionare il fenomeno a differenza di quelle non governative. Non esistono comunque dati certi.

quotidiani a livello mondiale: la scomparsa di 43 studenti. Nella notte tra il 26 e il 27 settembre del 2014 si sono verificati una serie di episodi di violenza durante i quali le forze della polizia federale e quelle municipali del municipio di Iguala (nello stato di Guerrero, a nord di Città del Messico) hanno attaccato un gruppo di studenti, giornalisti e civili che si stavano dirigendo a Città del Messico per partecipare ad una grandissima manifestazione indetta in memoria del “Massacro di Tlatelolco”¹⁸. In quella notte sono morte nove persone e 43 studenti sono scomparsi¹⁹.

Questa è la situazione del paese. Lo Yucatán, invece, è lo stato della tranquillità e della pace. È così che viene rappresentato, pensato e vissuto. Ogni volta che si prende un aereo o si viaggia in un altro stato, ti stupisci dei cartelloni pubblicitari e delle pagine delle riviste che sponsorizzano gli edifici all’ultima moda nei quartieri residenziali della città, più pacifica e tranquilla del paese.

Nello Yucatán non c’è la violenza e non c’è il narcotraffico. A Mérida non ci sono sparatorie per strada, ritrovamenti di cadaveri ammassati in fosse comuni, di pezzi di cadaveri appesi ai cavalcavia delle grandi arterie urbane. Queste cose si vedono solo sulle pagine dei quotidiani. In Messico sono particolarmente attenti a mostrare le immagini cruente e sensazionali di incidenti, omicidi e casi di violenza.

A Mérida la violenza di Stato non la vedi, a Mérida la presenza della “guerra dei narcos” non esiste, a Mérida la vita scorre pacifica perché sei in una specie di isola: isolata e diversa dal resto del paese, ma allo stesso tempo, invisibile centro decisionale e del potere.

A Mérida vivono le famiglie di chi ha potere, il potere vero, quello di vita e di morte, quello della droga, quello dei soldi. Ci deve essere per forza la pace, perché la guerra non si fa dentro casa. È noto che i porti sulla costa, ad appena mezz’ora dal centro della città, sono utilizzati per il passaggio della droga che dal Sud America sarà smerciata in Messico ma soprattutto negli Stati Uniti e in Europa. C’è una zona di terra arida, piana – come tutto il resto dello stato – in cui di notte, atterrano e decollano, areoplani: non si sa dove vadano né da dove vengano ma quando passi sulla strada per il mare, ogni tanto, li vedi. Sembra che tutti lo sappiano ma nessuno lo dice: non ci sono le prove.

In tutto questo la città cresce, gli investimenti edilizi portano soldi, l’economia è abbastanza florida, c’è lavoro, seppure mal pagato e senza nessun tipo di tutela e/o di riconoscimento.

¹⁸ Si tratta della repressione da parte delle forze governative nei confronti del movimento studentesco nel 1968 a Città del Messico. In questa occasione ci furono, tra i manifestanti, 267 morti e 1200 feriti.

¹⁹ Per un approfondimento sul tema dei *Desaparecidos*, della violenza di stato e della guerra al narcotraffico e per una conoscenza più approfondita dell’attuale situazione del paese, rimando al testo di recente pubblicazione di Federico Mastrogianni “Ni vivos, ni muertos” (2015).

Anche per chi si trasferisce dalla zone rurali sembra esserci la possibilità di una vita migliore: gli uomini si inseriscono nel mercato dell'edilizia, le donne in quello della cura domestica.

Quando parli con le persone e conosci le loro storie e le loro condizioni di vita ti accorgi poco a poco che la violenza è cosa quotidiana, dentro e fuori casa. Prende forme articolate, diventa "normale" ed invisibile, è un elemento che definisce le vite delle persone come cercherò di mettere in evidenza all'interno di questo lavoro. Con la violenza le persone convivono e negoziano in ogni ambito dell'esistenza, anche quando non è sfacciata.

Un altro elemento che caratterizza il contesto in cui ho condotto la ricerca, Mérida ed in generale tutta la società messicana odierna, è la "crisi" (soprattutto economica ma da intendere in senso più ampio). Una "crisi" di cui parlano tutti, un concetto, un'idea che ritorna costantemente all'interno dei discorsi e nelle trame di vita delle persone che ho conosciuto, senza distinzioni di appartenenza di classe sociale.

Se intendiamo con il termine "crisi" la sua valenza preminentemente economica, è possibile ricostruire i momenti di crisi ed il loro susseguirsi nel corso della storia del paese, cercando di capire come si è arrivati alla situazione attuale. La prima crisi, che ha avuto grosse conseguenze sulle condizioni sociali, politiche e culturali della popolazione, è quella del petrolio, verso la fine degli anni settanta. Tra il 1979 e il 1983 le condizioni economiche e le strutture finanziarie del paese erano allo sfascio. A metà degli anni Ottanta, anche grazie ad una ripresa mondiale dell'economia legata alla ristabilizzazione del prezzo del petrolio, l'economia messicana sembrava avere una ripresa e le condizioni di vita del paese un miglioramento generalizzato.

Alla fine degli anni Novanta, però, il peso messicano, ha subito una fortissima svalutazione sui mercati finanziari e ciò ha portato ad un inasprimento delle condizioni di vita. L'economia del paese è stata messa duramente alla prova, a distanza di pochi anni dalla crisi legata al prezzo del petrolio. Questa situazione è stata risanata, soprattutto grazie agli aiuti forniti dalle grandi istituzioni internazionali (il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale), che hanno richiesto alle classi politiche dirigenti del paese di iniziare un percorso di riforme e di aggiustamenti strutturali. Tale processo avrebbe dovuto favorire l'economia, inscrivendola nel solco delle indicazioni e delle direttive proprie delle politiche e della *governance* neoliberale. Tutt'ora si continuano a seguire queste direttive.

Oggi, oltre ad una crisi economica da cui il paese non è mai realmente uscito, le persone si confrontano con le sue conseguenze sociali: l'inasprirsi delle disparità tra le diverse fasce di popolazione, i ricchi da una parte e i poveri dall'altra. Si è definita una struttura sociale in cui la forbice delle disparità continua ad aumentare. I poveri sono sempre di più e sono sempre

più poveri, i ricchi sono sempre meno e sempre più ricchi. La distribuzione delle ricchezze e delle risorse è fortemente disuguale in un paese come il Messico che, almeno da un punto di visto delle classifiche ufficiale internazionali, viene inserito all'interno della categoria di paesi altamente sviluppati e si trova alla stregua dell'Unione Europea e degli Stati Uniti.

Se però andiamo a guardare alle condizioni reali di vita, lo scollamento tra i principi dell'economia e delle definizioni di ricchezza e povertà basate su presupposti prettamente finanziari è evidente. Il senso comune in qualche modo vuole che oggi il Messico sia un paese in crisi, questa crisi è certamente economica, seppur secondo le continue dichiarazioni della classe politica del paese ci sia una ripresa continua e un miglioramento delle condizioni lavorative e di vita della popolazione.

La crisi però oggi è più ampia. È una crisi che si fonda su una storia fatta di corruzione e di violenza, una storia che sembra essere arrivata negli ultimi anni alle sue derive più estreme. Lo stato, soprattutto durante i mandati degli ultimi presidenti (Felipe Calderón ed Enrique Peña Nieto), si è definito come una sorta di struttura corporativa fondata sulla corruzione, in tutti i livelli politici e governativi. Le strutture del potere ufficiale sono sempre più colluse con le forze della criminalità organizzata.

La crisi è diventata oggi anche esistenziale, legata alla precarietà della vita (Buthler 2013), fonte di grandi cambiamenti nella gestione della vita quotidiana delle persone: di processi migratori (nazionali ed internazionali) altamente complessi, della definizione di nuove reti economiche che passano per la mancanza di un reale riconoscimento dei diritti delle persone, in ogni ambito, la salute, il lavoro, la famiglia, l'educazione, l'alimentazione.

2.2 Tempi e luoghi; spazi e modi; strumenti

2.2.1 Tempi e luoghi

La mia ricerca di campo ha avuto la durata totale di venti mesi, articolati nel corso dei tre anni: da luglio ad ottobre del 2011, da febbraio a dicembre del 2012 e da agosto a dicembre del 2013.

Il contesto di cui parlo è Mérida, ma una piccola parte della ricerca è stata svolta anche a Città del Messico, capitale del Messico e a Guanajuato, capoluogo dello stato omonimo che invece si trova a nord ovest.

A Mérida ho lavorato all'interno di due strutture ospedaliere pubbliche gestite dalla *Secretaría de Salud: Hospital General Agustín O'Horán* e l'*Hopistal Materno Infantil*²⁰. Ho frequentato una casa di accoglienza per donne incinte in difficoltà gestita dall'associazione civile VIFAC (*Vida y Familia*), afferente alle ideologie del movimento Pro-Life. Ho lavorato a stretto contatto con i membri di un'organizzazione non governativa SHSSR (*Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva*) che gestisce l'unica clinica di ginecologia ed ostetricia, di tutto lo stato, in cui è possibile usufruire del servizio di interruzione della gravidanza in maniera sicura, afferente all'ideologia del movimento femminista e Pro-Choice. Sono questi gli spazi principali dentro e attraverso i quali, seguendo strategie e traiettorie specifiche e diverse, mi sono mossa durante i mesi della mia ricerca di campo.

Ho trascorso un paio di mesi, nella fase iniziale della ricerca, a Città del Messico. L'obiettivo di questa fase della ricerca è stato quello di conoscere da vicino, attraverso le persone che le costituiscono, il lavoro e le posizioni delle diverse associazioni civili ed organizzazioni non governative che si occupano di diritti sessuali e riproduttivi delle donne. Esse hanno inciso fortemente sul processo politico che ha portato, nel 2007, alla legalizzazione e alla depenalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza nel Distretto di Città del Messico.

Le realtà su cui ho focalizzato la mia attenzione sono diverse, quasi tutte sono parte della "Alianza por el derecho a decidir"²¹, costituita in Messico nel 2000 con l'obiettivo di rafforzare l'esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi da parte delle persone. Fanno parte di quest'alleanza: GIRE²², IPAS México²³, *Católicas por el derecho a decidir*²⁴, *Equidad y Género: Ciudadanía, Familia y Trabajo*²⁵, *Population Council México*²⁶. Al di fuori dell'alleanza si posizionano invece: *Fondo Maria*²⁷ e Mexfam²⁸.

²⁰ Nel corso di questo lavoro mi riferirò a queste strutture come ospedale O'Horán e ospedale Materno.

²¹ Alleanza per il diritto a decidere.

²² *Grupo de Información en Reproducción Elegida* è un'associazione civile messicana senza fini di lucro, fondata nel 1991 da Marta Lamas, famosa antropologa messicana e attivista del movimento femminista. L'obiettivo di questa organizzazione è quello di promuovere e difendere i diritti riproduttivi e sessuali delle donne all'interno dei diritti umani. Lavora soprattutto da una prospettiva legale e del diritto.

²³ *IPAS Salud, acceso, derechos* è un'organizzazione mondiale senza fini di lucro che lavora per incrementare la capacità delle donne ad esercitare i propri diritti sessuali e riproduttivi, soprattutto quello dell'aborto. Lavora soprattutto in una prospettiva medica e di assistenza sanitaria.

²⁴ *Católicas por el derecho a decidir* è un'organizzazione senza fini di lucro creata da donne ed uomini credenti che in una prospettiva etica, cattolica, femminista e laica difendono i diritti umani delle donne, soprattutto quelli sessuali e riproduttivi, incluso l'accesso all'aborto sicuro e legale. È stata fondata nel 1994, nel contesto della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo del Cairo.

²⁵ *Equidad de Género: ciudadanía, trabajo y familia* è un'organizzazione civile fondata nel 1996 per promuovere l'uguaglianza tra donne e uomini, attraverso lo sviluppo e l'incorporazione di proposte di politiche pubbliche con prospettiva di genere, il rafforzamento della partecipazione delle donne in tutti gli ambiti della vita politica e sociale del paese.

Nella fase finale della mia ricerca ho scelto, anche grazie alla possibilità inaspettata che mi si è presentata, di spostarmi a Guanajuato. Per circa un mese ho avuto modo di conoscere e di seguire l'attività ed il lavoro di un'altra organizzazione che lavora per la difesa dei diritti sessuali e riproduttive delle donne ed aderisce all'Alleanza per il diritto a decidere. Ho conosciuto così *Las Libres*.

Las Libres è “un'organizzazione femminista fondata nel 2000, per promuovere e difendere i diritti umani delle donne ed esigere il riconoscimento e la garanzia di tutti i diritti per tutte le donne dello stato di Guanajuato e di tutto il paese”, come mi spiega la fondatrice, Veronica Cruz. L'associazione diffonde i diritti umani delle donne attraverso incontri, corsi, conferenze, fori e conversazioni nelle comunità, nelle scuole e negli spazi pubblici, con l'obiettivo di permettere alle donne di conoscere i propri diritti e imparare ad esercitarli nella loro vita. L'associazione promuove la costruzione di relazioni ugualitarie tra uomini e donne, una vita libera dalla violenza per le donne, il diritto a decidere delle donne sul loro corpo e l'esercizio pieno della sessualità in modo sicuro, piacevole e responsabile. Una delle principali attività svolte è quella di offrire supporto medico, economico, psicologico e legale alle donne vittime di violenza e alle donne che vogliono accedere ad un aborto sicuro, fornendo anche il sostegno sociale volto all'eliminazione dello stigma che contraddistingue nel contesto locale questa decisione. Si offre, inoltre, il sostegno legale per le donne che sono vittime di violenza e decidono di denunciare l'aggressione e per le donne che sono state condannate ed incarcerate per aver abortito in maniera volontaria ed illegale.

Ho vissuto ospite della fondatrice dell'associazione e ho seguito quotidianamente le loro attività. Insieme abbiamo anche presentato un progetto di educazione sessuale e riproduttiva per bambini in occasione del *Festival International Cervantino*²⁹. Il progetto la “*Feria del Peneton*” nasce da un'idea della direttrice di SHSSR. Ho collaborato con lei nella fase di attuazione del progetto, diventandone la responsabile organizzativa durante i mesi della mia permanenza sul campo.

²⁶ *Population Council* è un'organizzazione che nasce negli Stati Uniti ed è operativa in tutto il mondo. Inizia a lavorare in Messico nel 1979 per migliorare la salute delle donne attraverso la ricerca, programmi e collaborazioni con lo Stato e con altre organizzazioni non governative.

²⁷ *Fondo Maria* è una ONG nata nel 2010 che lavora in sostegno delle donne che hanno bisogno di informazioni e di sostegno economico e pratico per accedere al servizio di interruzione della gravidanza a Città del Messico. Lavora appoggiando le donne che si rivolgono a questo servizio e che provengono da tutti gli altri stati del paese in cui questo servizio è illegale.

²⁸ *Mexfam* è un'organizzazione della società civile che promuove lo sviluppo sociale ed il benessere delle persone a partire dall'esercizio libero ed informato dei propri diritti, specialmente sessuali e riproduttivi, contribuendo in questo modo alla diminuzione delle inuguaglianze a cui sono soggetti i gruppi più vulnerabili della società. Inizia ad essere attiva sul territorio messicano nel 1965 ed è stata sostenuta economicamente, soprattutto nei primi anni di attività, da *International Planned Parenthood Federation* (IPPF).

²⁹ Si tratta di uno dei più importanti eventi di arte e cultura in Messico, si tiene ogni anno a Guanajuato.

Conoscere altre realtà associative, operative in contesti diversi dallo Yucatán, è stato uno strumento per analizzare meglio il mio campo di ricerca specifico. SHSSR è l'unica organizzazione presente in Yucatán che, occupandosi della difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne, lavora a favore della legalizzazione dell'aborto nello stato. SHSSR si inserisce all'interno de "*Alianza por el derecho a decidir*" e lavora in collaborazione e a stretto contatto con le realtà associative presenti in altri stati.

Il confronto con la struttura e l'operatività di queste associazioni mi ha permesso di riflettere criticamente sul mio caso etnografico specifico, attraverso l'individuazione di somiglianze e differenze, convergenze e differenze.

Avrei voluto avere la possibilità di compiere questo stesso tipo di analisi in merito all'associazione e al movimento Pro-Life ma non è stato possibile, sia per una questione di tempi sia, e soprattutto, per la mancanza di contatti che mi permettessero l'accesso alle case famiglie gestite da VIFAC in altri stati. Ho chiesto alla direttrice del centro VIFAC di Mérida di essere il tramite tra me e l'associazione, sia a Città del Messico sia a Guanajuato, ma, pur non negando questa possibilità in maniera diretta, ha evitato le mie richieste. Credo che, da una parte, non abbia voluto assumere la responsabilità di garantire per me in altre strutture, dall'altra ha temuto che, se fossi entrata in contatto con altri centri VIFAC, la sua decisione di permettermi l'accesso alla casa di accoglienza di Mérida sarebbe stata nota e, probabilmente, messa in discussione dalla direzione centrale dell'associazione che, proprio a Guanajuato, ha la sua sede di fondazione.

La scelta di dislocare la mia ricerca a Città del Messico e a Guanajuato è stata sicuramente dettata dalle possibilità pratiche cui ho avuto accesso ma ha anche una sua logica comparativa con il contesto yucateco. La comparazione si articola sulla differenza nel caso di Città del Messico e sulla somiglianza nel caso di Guanajuato.

Città del Messico è la capitale del paese, la città più importante e più viva di tutto il paese. L'unico distretto in cui l'aborto è legale e gestito dalle strutture mediche statali. La città che, più di tutte, permette di accedere ad un panorama sociale, economico e politico completamente distante da quello che definisce le dinamiche di vita quotidiane di una città come Mérida. Mérida e Guanajuato, invece, rappresentano due tra i capoluoghi maggiormente "cattolici" e "conservatori" di tutto il paese. Mérida è nota per essere provinciale, chiusa, estremamente "bigotta", fortemente razzista e discriminante, per definizione cattolica e profondamente conservatrice. Queste sono le stesse caratteristiche che, nell'immaginario comune messicano, vengono utilizzate per rappresentare Guanajuato.

All'interno di questo lavoro, ho scelto di utilizzare l'etnografia svolta in altri stati con l'obiettivo di avere una visione più ampia sul movimento Pro-Choice e gli strumenti per problematizzare, in maniera più analitica, alcuni tratti del suo operato e del suo posizionamento nel contesto locale di Mérida.

2.2.2 Spazi e modi della ricerca

Il lavoro di campo non si riduce all'osservazione di momenti, di interazioni, di pratiche, né si esaurisce nelle interviste che sviluppiamo con gli attori, ma si costruisce attraverso l'attenzione, la casualità, il vivere un certo ambiente, una sigaretta, un caffè, un discorso afferrato al volo e ricostruito a posteriori, una lenta immersione nel campo. Quella che Piasere (2002) ha definito *perduzione*: un'acquisizione di schemi cognitivo-esperienziali che si accumulano, si sovrappongono, si combinano in maniera non necessariamente progressiva e lineare, ma per salti, intuizioni, illuminazioni, con gli schemi posseduti in precedenza, attraverso il vivere esperienze condivise, in un processo che coinvolge corpo e individualità del ricercatore. Questo processo di lenta acquisizione del campo è stato chiamato da Olivier de Sardan (1995) *impregnazione*, non una conoscenza ma piuttosto una padronanza assimilata per lo più in modo inconscio e attraverso la pratica, quindi un processo basato sull'imitazione e la riproduzione.

Durante i mesi della mia ricerca mi sono “impregnata” di contesti molto diversi tra loro, a cui ho avuto la possibilità di accedere seguendo modalità e strategie diverse. La costruzione del mio campo di ricerca si è articolata sulla definizione di relazioni etnografiche abbastanza distinte tra loro. Il mio accesso nei contesti istituzionali ospedalieri ha seguito un canale ufficiale, quello nei movimenti sociali, invece, è stato più informale.

L'ospedale è un'istituzione chiusa regolata da una rigida gestione. Al suo interno, la presenza di uno sguardo “esterno” deve essere riconosciuta e accettata secondo le logiche istituzionali. Il permesso di ingresso deve essere accordato da parte di coloro che definiscono, vivono e costruiscono lo spazio istituzionale: il personale, soprattutto medici e dirigenti. Un antropologo non è molto usuale in un ospedale o in un reparto. Sebbene lo spazio ospedaliero rimandi ad un'idea di familiarità, essa è fittizia. Un ingannevole eccesso di familiarità per ogni figura esterna a quella “realtà”. L'ospedale è prima di tutto lo spazio dei medici, non quello dei pazienti o di chi cerca assistenza medica.

L'organizzazione delle strutture ospedaliere, in particolare quella burocratica, la divisione in reparti, la nomenclatura medica, i codici che si esprimono attraverso l'utilizzo di particolari abbigliamenti da parte del personale sanitario, le condizioni altamente tecnologiche, rappresentano tutti elementi che contribuiscono a creare una sensazione apparente di familiarità. Gli ospedali sono stati considerati per molto tempo come «spazi all'interno dei quali i principi universali della biomedicina vengono messi in pratica in maniera uniforme nelle diverse culture, con l'aggiunta di una nota di "colore locale". [...] Primo, contrariamente al senso comune che considera gli ospedali quasi come cloni identici di un modello biomedico globale, gli antropologi hanno iniziato a descrivere ed interpretare la varietà delle culture ospedaliere nei diversi paesi. [...] Secondo punto, relazionato con il primo, la biomedicina - e gli ospedali considerati come le sue istituzioni per eccellenza – è un terreno in cui i valori al cuore di una cultura vengono alla luce» (Van der Geest e Finkler 2004: 1996, traduzione mia). Gli ospedali possono dunque essere considerati come strutture all'interno delle quali si riflettono e vengono rinforzati i processi culturali e sociali di una data società. L'ospedale non è una realtà fuori dalla realtà: «[...] la vita all'interno di un ospedale non dovrebbe essere considerate in opposizione a quella fuori dall'ospedale, il mondo 'reale', ma piuttosto nel modo in cui essa è definita dalla società quotidiana. L'ospedale non è un'isola piuttosto è una parte importante, se non il 'centro', della 'terra ferma'» (Van der Geest e Finkler 2004: 2000, traduzione mia). L'antropologo, negoziando la sua presenza, può entrare in quel mondo culturale ed imparare a conoscere la sua "cultura medica".

Per entrare in maniera ufficiale all'interno degli ospedali ho usufruito del sostegno dell'Università Autonoma dello Yucatán, nella figura di Judith Ortega Canto, medico ed antropologa ed ex direttrice del Centro di Ricerca Regionale "Hideyo Noguchi". Questo centro di ricerca si compone di due aree diverse di studi: scienze biomediche e scienze sociali. Lavora in stretto contatto con la Facoltà di Antropologia e con l'ospedale universitario Agustín O'Horán. I tempi e il processo per accedere agli ospedali sono stati fortemente agevolati dalla figura di tramite di Judith. Non è semplice ottenere libero accesso alle istituzioni sanitarie pubbliche se non sei inserito in una rete di relazioni e di conoscenze istituzionali a livello locale. Ho dovuto seguire un percorso definito da diversi passaggi. Per prima cosa ho presentato il mio progetto di ricerca ai comitati etici delle due strutture ospedaliere e al comitato etico centrale della *Secretaría de Salud de Yucatán*. Dopo l'approvazione del progetto ho dovuto ottenere diverse lettere, scritte e firmate dal direttore della *Secretaría de Salud* e dai direttori dei due ospedali in cui avrei condotto la ricerca. Queste lettere certificavano il mio ruolo all'interno delle strutture come ricercatrice e

mettevano al riparo l'istituzione da qualsiasi responsabilità, nel caso in cui mi fosse successo qualsiasi tipo di incidente all'interno dei due ospedali. Avrei dovuto portare queste lettere sempre con me e presentarle in caso di controlli del personale.

Le dinamiche di questo processo sono state diverse per i due ospedali. Nel caso dell'ospedale O'Horán ho avuto libero accesso e completo sostegno da parte della struttura sin da subito, il comitato etico ha approvato nel giro di una settimana il mio progetto e sono stati loro a richiedere l'approvazione della ricerca anche all'istituzione centrale, in pochissimo tempo ho potuto accedere ai reparti. Nel caso dell'ospedale Materno, invece, il processo è stato molto più lungo e farraginoso. Il direttore dell'ospedale non è mai stato molto disponibile nei miei confronti e non era molto d'accordo con la mia presenza all'interno della struttura. Per mesi ha rimandato la firma del documento in cui accettava il mio progetto di ricerca. Poi ho deciso, forse forzando un po' la situazione, di bypassare la sua figura e rivolgermi direttamente all'istituzione centrale. Grazie all'aiuto dell'amicizia di vecchia data che mi legava con la direttrice del Dipartimento di Qualità (*Calidad*) della *Secretaría de Salud*, sono riuscita ad ottenere una lettera del direttore sanitario statale in cui si autorizzava la mia ricerca all'interno dell'ospedale Materno. La mia ricerca era stata approvata dall'istituzione centrale, a quel punto il direttore dell'ospedale si vedeva obbligato ad acconsentire allo svolgimento della ricerca, iniziando a dimostrare un'apparente disponibilità nei miei confronti. Sebbene abbia avuto libero accesso a tutta la struttura ed a tutte le informazioni che ho richiesto, non mi è stato mai possibile ottenere un appuntamento con il direttore dell'ospedale Materno per intervistarlo. Le dinamiche di accesso a questa struttura hanno inciso sulla parte della ricerca che la riguardava: il tempo per frequentarla è stato minore e le mie possibilità di muovermi dentro i reparti molto più controllate dal personale ospedaliero, rispetto all'altra. In questo ospedale ho potuto frequentare il reparto di degenza ed il servizio ambulatoriale di pianificazione familiare ed ho seguito Clara, l'assistente sociale, durante le sue conversazioni con le pazienti per spiegare loro l'utilizzo della contraccezione. Non ho avuto accesso alla sala parto e alla sala operatoria. Questa parte della ricerca è stata quindi più limitata per spazi, tempi e modi rispetto a quella che ho effettuato all'interno dell'O'Horán, dove ho avuto modo di lavorare in maniera molto più approfondita e dettagliata ed ho goduto della massima disponibilità, da parte di tutto il personale ospedaliero.

Sin da subito, infatti, il mio progetto di ricerca è stato accettato con grande entusiasmo da parte del comitato scientifico che dirige la struttura e, soprattutto, da parte del primario del reparto di Ginecologia ed Ostetricia, il dottor Basto. Senza l'appoggio del dottor Basto non avrei potuto “perdermi” nella conoscenza della realtà ospedaliera come invece ho potuto fare.

Il primario mi conosceva già da prima della presentazione ufficiale del progetto di ricerca al comitato etico: Sandra, la direttrice della clinica di SHSSR, gli aveva parlato di me e della ricerca, garantendo in qualche modo per me. Avrei scoperto solo verso la fine della mia ricerca, in maniera del tutto casuale, che il Dott. Basto collabora con Sandra lavorando privatamente nella clinica di SHSSR³⁰.

L'appoggio del primario mi permetteva di avere piena libertà all'interno dei servizi che erano di mio interesse. Dopo l'approvazione ufficiale avrei potuto iniziare senza nessun problema. Avrei dovuto aspettare solo di ricevere il cartellino per entrare in ospedale, come tutti gli altri dipendenti e avrei dovuto comprare un camice da indossare, come tutti gli altri.

Il Dott. Basto era particolarmente interessato alla mia ricerca e vedeva nel mio lavoro nei reparti un modo per comprendere che cosa pensano le pazienti rispetto all'utilizzo dei contraccettivi. Durante il nostro primo incontro mi ha confidato da subito che la pianificazione familiare è un servizio che crea difficoltà al reparto: le donne non vogliono accettare l'utilizzo dei metodi contraccettivi. Ciò implica che la produttività del reparto, circa la pianificazione familiare, sia molto inferiore rispetto alla soglia, fissata dall'istituzione centrale. I medici, ogni giorno, si confrontano con il problema di far accettare alle pazienti l'utilizzo del DIU, ricevendo come risposta, nella maggior parte dei casi, un rifiuto.

La mia ricerca avrebbe sicuramente favorito la comprensione delle posizioni delle pazienti da parte dei medici e potuto fornire degli strumenti di conoscenza per incentivare una strategia di offerta dei metodi contraccettivi più efficace di quella utilizzata. Per rendere più articolato il mio lavoro di ricerca e fare in modo che fosse interessante anche da un punto di vista prettamente medico, il Dott. Basto ha deciso di affiancarmi una specializzanda del secondo anno. Secondo l'idea del primario, la giovane ginecologa si sarebbe occupata di tutta la parte più strettamente collegata con la medicina ed io mi sarei occupata della parte più sociale e culturale. Avremmo dovuto collaborare. Io ero entusiasta, la mia collega molto meno. Le era stato imposto questo ruolo, completamente al di fuori di qualsiasi suo interesse, perché donna e perché in quel momento aveva avuto la "sfortuna" di essere di turno come responsabile della pianificazione familiare per il reparto. Il turno avrebbe avuto una durata di un mese ma lei, almeno secondo il primario, avrebbe dovuto continuare a collaborare con me per tutta la durata della mia ricerca. Mentre per Marcela si trattava di un'imposizione, per me quella proposta rappresentava la possibilità di una reale collaborazione con il personale della struttura e, soprattutto, un modo per imparare e conoscere, in maniera diretta, anche tutte le questioni più prettamente mediche circa l'utilizzo dei contraccettivi.

³⁰ Pur lavorando per mesi a stretto contatto con entrambi, nessuno dei due mi aveva rivelato questa collaborazione lavorativa. Tornerò sulla questione all'interno di questo lavoro.

Nonostante i buoni propositi del primario ed il mio entusiasmo, quella collaborazione è naufragata ancora prima di iniziare o, per meglio, dire non è mai iniziata. Già dal secondo giorno della mia presenza in ospedale avevo capito che non avremmo mai effettivamente collaborato. Ne rimasi delusa. Per me poteva essere una possibilità interessante: mi sembrava un modo per definire una modalità di restituzione del mio lavoro che fosse contestuale, dinamica e, abbastanza, immediata. Avevo pensato che, in quel modo, la mia ricerca sarebbe stata utile nella gestione dei servizi e avrebbe contribuito, almeno in parte, sia a facilitare il lavoro dei medici sia a migliorare le condizioni di salute delle donne.

Marcela, durante i primi giorni della mia presenza in ospedale, mi ha fatto conoscere i reparti, mi ha presentato a tutti i medici ed al personale in generale. Soprattutto, all'inizio, mi rivolgevo a lei per avere informazioni pratiche su come e dove trovare specifici servizi o persone. Siamo diventate amiche ma non abbiamo mai collaborato nella definizione di un progetto di ricerca, così come aveva previsto il primario.

È sempre in occasione del nostro primo incontro che il primario mi ha presentata a diversi medici di turno quel giorno e mi ha chiesto loro di dimostrare la massima disponibilità e di permettermi di accedere ai servizi, alle visite e al giro delle visite. Quel giorno mi ha presentato anche la persona che sarebbe poi diventata fondamentale per il mio lavoro di ricerca dentro l'ospedale: Elide. Elide è l'assistente sociale responsabile del programma di pianificazione familiare del reparto. È lei che gestisce e controlla le modalità di offerta dei metodi contraccettivi, per ogni paziente svolge la *consejería*³¹, si occupa della gestione dei dati relativi all'utilizzo dei diversi metodi, della fornitura dei contraccettivi, dell'organizzazione dei corsi di aggiornamento sulla contraccezione per gli specializzandi, di curare i rapporti con i rappresentanti farmaceutici dei diversi metodi, di mantenere i contatti con il Dipartimento di Salute Sessuale e Riproduttiva per qualsiasi informazione o qualsiasi cambiamento nella gestione del programma. Insomma, la contraccezione all'interno dell'ospedale dipende da lei. Io, per mesi, sono stata la sua ombra. Fortunatamente sono entrata, sin da subito, nelle sue grazie: nei miei confronti ha dimostrato sempre la massima disponibilità. Come lei anche la sua collega, Martha, con cui condivide l'ufficio. Per qualche tempo l'hanno condiviso anche con me. Elide è stata, per me, una sorta di «vertice della triangolazione» (Malighetti 2004: 40) tra me ed i servizi ospedalieri. Dal confronto con lei ho imparato molto, era lei che mi indicava come avere delle informazioni, che chiariva i miei dubbi, rispondeva alle mie domande. La relazione è stata quotidiana, basata sulla fiducia e sulla stima reciproca. Elide e Martha si preoccupavano per me quando, per esempio, non mi

³¹ Si tratta dell'azione di consigliare ad ogni singola paziente il metodo contraccettivo più adatto alle sue esigenze.

vedevano per due giorni di seguito. Mi chiamavano quando, secondo loro, avevano “trovato” un caso che potesse essere “utile” per la mia ricerca.

In questo ospedale non solo potevo muovermi liberamente tra un reparto e l'altro, tra un servizio e l'altro ma potevo, anche, entrare in sala parto ed accedere alla sala operatoria, potevo seguire il giro delle visite con i medici ed essere presente durante le visite dei servizi ambulatoriali. Ho assistito a parti, ho parlato con donne in travaglio, ho assistito all'inserimento di un DIU o di un impianto sottocutaneo. Ho potuto conoscere direttamente come si articola la pratica clinica ed ho avuto accesso, anche, alle zone comuni riservate ai medici. Le due stanze per cambiarsi, per riposare, mangiare o semplicemente passare il poco tempo libero a disposizione, quando ce n'è.

Pur non essendo medico, né membro del personale ospedaliero, avevo un mio ruolo in quello spazio, riconosciuto da tutti. Non mi sono mai trovata in condizioni di difficoltà e non mi sono mai sentita “fuori luogo”. Allo stesso tempo, però, sono sempre stata molto attenta a non essere di “intralcio”. All'inizio della mia ricerca, mi era stato richiesto di indossare un camice, l'ho portato per un po', poi ho deciso che sarebbe stato meglio toglierlo. Se da una parte il camice mi faceva essere parte dell'ospedale e mi permetteva di “camuffarmi” e quindi di essere identificata come un membro istituzionale, facilitando la mia presenza ed i miei movimenti, dall'altra, ben presto mi sono resa conto di quanto potesse essere fuorviante per le pazienti. Portare il camice significa essere medico, con difficoltà le donne, con cui entravo in relazione, comprendevano quale fosse il mio ruolo. Credo che molte pazienti non mi abbiano neanche creduto quando sostenevo di non essere un medico. Anche dopo, quando ho deciso di togliere il camice e di girare per il reparto con i vestiti da persona “esterna” alla struttura, le donne facevano fatica a capire quale fosse il mio ruolo ma, almeno, non mi identificavano in maniera diretta con un medico. L'assenza del camice facilitava la comunicazione e rendeva la mia relazione con le pazienti meno rigida e, forse, per quanto possibile, più paritaria.

Seguendo i miei interessi personali – far dialogare l'antropologia medica e di genere con un'antropologia più strettamente politica che guarda alla sfera di azione delle istituzioni e degli enti pubblici e privati - ho focalizzato l'attenzione sulle politiche e sulla gestione istituzionale della sessualità e della riproduzione. Ho, quindi, iniziato a costruire le mie relazioni etnografiche proprio all'interno dell'ambito istituzionale e, solo in un secondo momento, ho ampliato il raggio dell'osservazione. Già dopo i primi mesi di ricerca sul campo, ho messo a fuoco l'importanza di uscire dallo spazio prettamente istituzionale -ospedaliero e

di conoscere e capire quali fossero le altre “forze” che contribuiscono a definire e ad incidere sulla sfera della sessualità e della riproduzione nelle vite delle persone.

Queste “forze sociali alternative” si costruiscono sempre in relazione al sapere medico scientifico. Il discorso e le pratiche mediche vengono risignificate e utilizzate in maniera strategica per avallare o confutare determinate posizioni etiche e morali. Penso per esempio al dibattito etico su che cos’è la vita, su quando essa inizi e finisca. Ho scelto di avvicinarmi a due diverse associazioni presenti a Mérida: SHSSR e VIFAC, la prima fa parte delle reti di associazioni afferenti al movimento Pro-Choice e, la seconda al movimento Pro-Life.

Sin dalla fase di definizione del progetto di ricerca, mi è stata chiara la necessità di entrare in contatto con alcuni gruppi dei movimenti sociali che lavorano in difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne (e in favore del riconoscimento del diritto all’aborto). Tuttavia, non avevo intenzione di produrre un’etnografia di un particolare movimento sociale. L’idea era soprattutto quella di “appoggiarmi” alle associazioni che lavorano con e per le donne, come strategia metodologica: costruire un canale di “accesso privilegiato” alle esperienze e traiettorie di vita delle donne.

Rivolgere l’attenzione e prendere in analisi la sfera di azione dei movimenti sociali, dell’associazionismo e del settore non governativo è diventata un’urgenza, nei primi mesi di lavoro sul campo. Volevo cercare di comprendere le diverse e contrapposte ideologie a cui le associazioni fanno riferimento e come, attraverso l’attivismo civile e sociale, esse si traducano in pratiche. L’attivismo (sebbene sia basato su ideologie contrapposte) rappresenta, infatti, per entrambi i gruppi una modalità di pensare, definire e costruire in maniera specifica la riproduzione, la sessualità e la contraccezione.

SHSSR, *Servicios Humanitarios de Salud Sexual y Reproductiva*, è l’unica associazione a favore della depenalizzazione dell’aborto presente a Mérida. Lavora per la difesa e il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi di donne ed uomini, offrendo assistenza medica, legale e psicologica. La dottoressa Sandra Peniche, fondatrice di SHSSR, gestisce l’unica clinica ginecologica privata in cui (oltre a servizi medici specialistici) le donne possono accedere al servizio dell’interruzione di gravidanza, senza correre rischi per la loro salute.

Lavorando a fianco di Sandra, ho avuto accesso al circolo sociale di coloro che si definiscono attiviste, femministe e a favore della depenalizzazione dell’aborto e che si occupano di promuovere, negli spazi pubblici, il diritto della donna a vivere in maniera libera e sicura la propria riproduzione e sessualità, senza alcuna forma di coercizione da parte delle istituzioni politiche, mediche, religiose ed educative.

Sebbene Sandra sia diventata una delle mie principali informatrici e si sia stabilito, con il tempo, un rapporto di collaborazione, non ho mai avuto la possibilità di intervistare nessuna delle pazienti che si rivolgono alla clinica per interrompere la propria gravidanza. Non ho avuto mai l'accesso diretto a questo tipo di pazienti. Sono sempre state contattate attraverso il filtro del personale della clinica e nessuna di loro si è dimostrata disponibile ad essere intervistata o a raccontare la sua esperienza, almeno secondo quanto mi è stato riferito dalla segretaria della clinica.

Una regione di questa resistenza può risiedere nel fatto che l'aborto è pratica illegale, fortemente stigmatizzata e condannata socialmente e culturalmente. Le donne che vi ricorrono, dunque, generalmente non sono disposte a parlarne.

Allo stesso tempo anche il tipo di lavoro che viene svolto da parte delle associazione è soggetto a forte stigmatizzazione e critica da parte di una grossa fetta della società yucateca. Proprio per questi motivi costruire un rapporto di fiducia con le attiviste del movimento Pro-Choice non è stato semplice. In tempi passati la sede dell'associazione è stata anche soggetta a ripetute azioni vandaliche da parte di gruppi sociali contrari alla sua attività. L'associazione ha la necessità di mantenere un alto livello di riservatezza rispetto a tutte le informazioni che la riguardano. Ciò è dovuto al fatto che parte del lavoro che queste attiviste compiono si situa in uno spazio liminale, dai confini estremamente labili e fumosi, tra legalità e illegalità. Soltanto attraverso un attento e scrupoloso utilizzo di cavilli burocratici e giuridici, in un meccanismo di rimando continuo tra l'ordine giuridico statale e quello federale, l'associazione può offrire il servizio di interruzione volontaria di gravidanza alle sue pazienti tutelando, sia dal punto di vista medico sia da quello legale.

Ho avuto accesso agli spazi della clinica ma non ho potuto assistere a visite mediche private all'interno della struttura. Ho conosciuto le modalità di offerta del servizio medico e di gestione della pratica clinica, di Sandra e del personale di SHSSR, seguendo un progetto specifico: per circa sei mesi Sandra, un'infermiera e la segretaria della clinica hanno offerto visite ginecologiche, colposcopie e pap-test alle donne, in una comunità distante tre ore da Mérida. In quest'occasione ho avuto modo di assistere alle visite e di intervistare le donne assistite.

Ho partecipato alle varie attività, alle giornate di azioni collettive e alle campagne organizzate dall'associazione. Ho collaborato in prima persona all'attuazione di diversi progetti di informazione, sensibilizzazione ed educazione svolte da SHSSR. Sono stata la responsabile della *Feria del Peneton*, il progetto su cui Sandra sta investendo maggiormente negli ultimi anni: una fiera per bambini in cui, attraverso il gioco, si inizia a conoscere la fisiologia degli

apparati sessuali e riproduttivi e il loro funzionamento. In queste diverse occasioni, ho avuto la possibilità di confrontarmi con le opinioni e le esperienze di donne, uomini e giovani incontrati per strada, nelle piazze e in generale negli spazi urbani pubblici dove vengono svolte le attività.

Conoscevo Sandra già dai tempi della mia prima ricerca in Yucatán ma era una conoscenza superficiale, l'avevo incontrata grazie a Judith, sua carissima amica. Sandra è una persona accentratrice, che impone la sua opinione e il suo modo di vedere le cose, dalla personalità forte ma anche forse un po' troppo rigida. Con il tempo ho imparato a conoscerla: ad apprezzare la sua forza e la sua determinazione, ma anche a criticare la sua testardaggine. Tutto il lavoro dell'associazione dipende e viene gestito da lei. L'associazione, sebbene sia costituita da altre persone e si avvalga del loro sostegno e lavoro, è rappresentata da Sandra. Senza Sandra non esisterebbe. Le mie possibilità di lavorare con l'associazione e di comprendere come e quanto fosse possibile accedere all'interruzione della gravidanza dipendevano da Sandra: era lei che avrebbe definito e controllato ciò che potevo conoscere e sapere, o meno. Sin dall'inizio ero consapevole che sarebbe andata così, sapevo di dover conquistare la sua fiducia. Soltanto se si fosse veramente fidata di me, sarei potuta entrare in quello spazio di azione.

La fiducia si costruisce con il tempo, con lentezza, passa per il riconoscimento dell'altro. Il mio rapporto con Sandra è stato costante, fatto di piccole e minime aperture quotidiane. All'inizio non è stato semplice, venivo continuamente messa alla prova: come se dovessi dimostrare ogni volta quanto effettivamente fosse importante per me partecipare alla loro lotta e quali fossero le mie motivazioni. Le prove erano quotidiane, un processo di costruzione di un rapporto faticoso. Sandra è una persona faticosa, diretta e troppo dura ogni volta che ti dice quello che pensa. Se non sei in grado di arginare le sue modalità di comportamento e di tenere il confronto avrà sempre la meglio su di te. All'inizio non sapevo bene come reagire: in un'altra situazione e per il mio "brutto carattere", avrei risposto senza mezzi termini ai maltrattamenti gratuiti di cui, in alcune occasioni, sono stata "vittima". A volte venivo "rimproverata con veemenza" anche solo per aver chiuso lo sportello della macchina in modo troppo brusco, per esempio. Poi, ho imparato a chiudere lo sportello, ho imparato a rispondere con garbo ma dicendo quello che pensavo, ho imparato non so bene come a tenere testa a Sandra. Credo che questo sia stato l'elemento fondamentale che l'ha portata ad essere, ad un certo punto, fiduciosa nei mie confronti, a farmi partecipe delle sue idee, dei progetti, dei problemi. Mi ha permesso di conoscere l'associazione ma anche tutto quello che c'era dietro, di entrare nella sua vita e in quella delle persone che lavorano con lei e la sostengono; mi ha

inoltre lasciato una parte delle sue responsabilità nella definizione di progetti e di campagne. Se all'inizio non avrebbe mai seguito un mio consiglio, non l'avrebbe neanche preso in considerazione, con il tempo non solo potevo dirle tranquillamente di non essere in accordo con lei, ma spesso ha anche riconosciuto le mie posizioni e seguito i mie consigli. Era incredibile e mai mi sarei aspettata una grado così alto di fiducia e stima reciproca, soprattutto se penso al punto di partenza del rapporto.

Più la relazione si stringeva con Sandra, più lei mi permetteva di accedere e di conoscere un po' meglio la storia, le attività, le frizioni e gli scontri, gli accordi ed i disaccordi, interni al movimento, mi permetteva di conoscere altre persone, di ampliare il mio sguardo sulla realtà locale ma anche su quella più generale del paese.

La fatica era stata tanta ma avevo dimostrato di essere all'altezza. La mia costanza e la mia determinazione mi avevano permesso di essere lì e di essere dentro. È come se, ad un certo punto, avessi superato quella linea immaginaria di separazione tra loro e gli altri: ero, anche io, dall'altra parte della barricata. Avevo superato la diffidenza iniziale nei miei confronti: avevo dimostrato di essere "impegnata" (*comprometida*) con le loro stesse cause.

Ero consapevole e cosciente di essermi posizionata da quella parte, sia nei termini di costruzione del campo ma, soprattutto, nei termini di prospettiva di sguardo e di orientamento dell'analisi e definizione dei risultati della mia ricerca. Ero, in verità, posizionata da quella parte della barricata ancora prima di iniziare la ricerca, e a prescindere da questa ricerca. La mia ricerca rappresentava per me un modo per partecipare e condividere determinate istanze, femministe e politiche. Non avevo mai partecipato attivamente a nessun movimento o nessuna associazione, neanche in Italia. È stato durante il campo che si è definito, in maniera inaspettata, un cortocircuito tra ricerca e azione, tra interesse intellettuale ed ideologico e pratica quotidiana.

Attraverso la mia azione, il mio "fare", e non solo la mia partecipazione passava il mio riconoscimento. Con il tempo siamo arrivate a costruire una relazione di collaborazione estremamente proficua: oltre ad essere una ricercatrice straniera che si occupa di sessualità e riproduzione sono diventata parte del gruppo.

Ho ritenuto necessario conoscere e prendere in esame anche le posizioni di coloro che, contrari all'utilizzo della contraccezione medica e all'aborto, lavorano in difesa dei "diritti del feto" e si definiscono "a favore della vita". Ho quindi svolto una parte della ricerca all'interno di una casa d'accoglienza per donne incinte in condizioni disagiate, gestita da VIFAC, (*Vida y Familia A. C.*), la più importante associazione appartenente al movimento per la vita, presente in maniera capillare in tutti gli stati del paese.

Vifac gestisce case famiglia per donne incinte alle quali viene offerto ogni genere di aiuto e di assistenza (alloggio, cibo, vestiti, assistenza medica, medicine...) durante tutta la durata della gravidanza. Nella casa famiglia a cui ho avuto accesso si presta assistenza a madri adolescenti, donne coinvolte in casi di violenza sessuale e abusi, donne in difficili condizioni economiche, ragazze con gravidanze non desiderate in genere. Tale organizzazione, inoltre, si occupa di gestire il processo di adozione dei neonati nei casi in cui le donne ospiti delle case famiglia decidano per quest'opzione. Le situazioni personali delle donne che ho conosciuto nella casa di Vifac sono complesse e difficili, e hanno indotto le donne a vivere al suo interno. Il mio ingresso nella struttura gestita dall'associazione è stato sancito da una serie di passaggi: diversi incontri con la direttrice, la presentazione di un piccolo progetto di ricerca, la presentazione di una copia del modulo del consenso informato che avrei fatto firmare alle donne intervistate come garanzia del rispetto della loro privacy, la compilazione di un modulo personale in cui dovevo esprimere le mie posizioni in merito ad alcuni temi fondamentali come l'aborto e l'adozione e l'invio di un'email da parte della mia referente universitaria indirizzata alla direttrice che attestasse il mio essere effettivamente una ricercatrice italiana.

Durante i nostri primi incontri la direttrice, Adriana Villalobos, ha cercato di capire quali fossero gli obiettivi della mia ricerca e se la mia presenza all'interno della struttura avrebbe potuto provocare delle conseguenze sull'operato dell'associazione. La sua preoccupazione principale era legata alla possibilità di critiche pubbliche nei confronti dell'associazione. Il maggiore timore era rappresentato dalla possibilità che io potessi non essere una ricercatrice bensì una giornalista che voleva fare un'inchiesta sulle modalità di gestione della casa e sull'operato di Vifac. Questo genere di lavori sono vietati all'interno di tutte le strutture che l'associazione gestisce nel paese.

Dopo aver chiarito alla direttrice che il mio intento era quello di conoscere le storie e le traiettorie biografiche di donne in difficoltà durante una gravidanza non pianificata e/o non desiderata e, dopo, aver espresso senza riserve le mie posizioni personali, siamo riuscite a raggiungere un accordo. La direttrice era consapevole di quanto io fossi favorevole all'aborto, potessi non condividere alcuni presupposti ideologici che informano le attività dei gruppi Pro-Life e di quanto non fossi cattolica. Allo stesso tempo, avevo chiarito di essere affascinata e incuriosita da quel "loro mondo" e ritenevo che, nel contesto locale, il lavoro svolto dall'associazione contribuiva a sostenere le donne in determinate circostanze e ad alleviare il peso delle difficoltà quotidiane. In ogni caso, a prescindere dalle mie posizioni personali garantivo di non interferire con l'attività e con i presupposti ideologici dell'associazione.

La direttrice vedeva nella mia ricerca la possibilità di rendere visibile il lavoro di Vifac anche fuori dal Messico: secondo lei, avrei fatto conoscere la loro esistenza in Italia e questo avrebbe in qualche modo potuto favorire l'associazione. Una volta che anche in Europa si fosse conosciuto il lavoro di Vifac, molte famiglie si sarebbe rivolte all'associazione per l'adozione di bambini in Messico. Ci sarebbe stato uno scambio tra noi: io avrei avuto accesso all'informazione che stavo cercando e loro avrebbero avuto la possibilità di acquisire maggiore visibilità anche all'interno dell'università italiana. Probabilmente, Adriana aveva attribuito alla mia tesi di dottorato un valore maggiore, in termini di visibilità, rispetto a quello effettivo. Io non ho mai smentito queste sue aspettative.

Durante la mia terza visita alla casa, Adriana mi chiede di “fare” qualcosa per loro: di partecipare attivamente alla vita della casa. Mi suggerisce di diventare una volontaria e di insegnare alle ragazze ospiti i primi rudimenti per utilizzare un computer, sarebbe stata una cosa molto utile per loro, soprattutto per trovare un lavoro una volta fuori dalla casa. Mi spiega che questa richiesta ha due motivazioni. Una, di ordine logistico, è in difficoltà perché una delle volontarie che doveva svolgere attività con le ragazze ha disdetto la sua disponibilità senza nessun preavviso, sono quindi rimaste delle ore scoperte. La seconda, mi riguarda personalmente, secondo lei offrire un servizio sarebbe per me un modo di partecipare attivamente, di appoggiare in maniera attiva e personale il lavoro dell'associazione, di collaborare con loro e sostenere le loro istanze. “Fare” qualcosa all'interno della casa sarebbe stato un modo per essere “impegnata” (*comprometida*) con la loro causa.

Questa richiesta mi ha messo in difficoltà. Ho riflettuto molto e mi sono posta diverse domande, prima di dare una risposta ad Adriana. Da una parte non volevo partecipare attivamente alle loro attività. Non condividevo le loro posizioni ideologiche e le istanze che portavano avanti; non volevo essere io, in prima persona, un soggetto che contribuisse a portarle avanti. Avrei tradito me stessa in nome della ricerca. Non mi sembrava corretto: una forzatura troppo grande, almeno per me. Dall'altra parte, però, mi sembrava essere una richiesta “comprensibile” nell'ottica dello scambio. Pensavo che se avessi fatto qualcosa all'interno della casa, l'avrei fatto per le donne che stavo conoscendo, per sostenerle, per fornire loro uno strumento, non l'avrei fatto per sostenere l'associazione.

Presa tra questi dilemmi etici ed esistenziali, ho deciso che avrei assunto una posizione a metà. Ho rifiutato la proposta di Adriana, le ho detto che sarebbe stato meglio per me mantenere un ruolo definito, quello di ricercatrice, all'interno delle dinamiche della casa. Per la mia ricerca sarebbe stato più opportuno mantenere uno sguardo il più possibile distaccato e partecipare attivamente nel gruppo. Ciò avrebbe garantito una maggiore “scientificità” al mio

sguardo analitico. Allo stesso tempo, però, le ho detto che nei casi in cui si fosse trovata in estrema difficoltà e non fosse riuscita a trovare una soluzione alternativa per le attività delle donne, avrei contribuito con qualche ora di insegnamento per loro, ma non in maniera sistematica o come un impegno fisso. Dopo averle comunicato la mia posizione, Adriana mi dice che aveva trovato un'altra volontaria e che le donne avrebbero seguito, in quelle ore che erano rimaste libere, un corso di ginnastica preparato. Io mi sentivo sollevata.

Sono riuscita, in questo modo, ad avere la possibilità di parlare con le donne ospiti, di frequentare gli spazi comuni negli orari in cui non c'erano attività formative e di essere presente alle riunioni collettive che di tanto in tanto si svolgono nella casa. Durante queste riunioni le donne si confrontano con le attiviste su diversi temi, soprattutto quello dell'adozione.

All'inizio la mia presenza all'interno della casa è stata "sorvegliata": potevo andare a fare visita alle donne soltanto un giorno a settimana, in orari prestabiliti in accordo con la direttrice. Nei primi tempi della ricerca, è sempre stata lei ad indicarmi le donne che avrei potuto intervistare, generalmente quelle che erano presenti nella casa da più tempo e che non avevano situazioni di vita particolarmente difficili. Questa strategia aveva un duplice obiettivo: sia controllare il mio lavoro e permettermi di accedere alle donne che avevano maggiormente incorporate le logiche e le ideologie dell'associazione, sia evitare possibili situazioni spiacevoli, tanto per me quanto per le donne. Le storie di vita delle donne ospitate dalla casa erano estremamente diverse tra loro e in alcuni casi, quelli più difficili, non ho avuto la possibilità di parlare con loro. Come per esempio nel caso di una bambina di 11 anni, incinta al 5 mese, che era stata vittima di abusi sessuali da parte di un membro della famiglia. Con il passare del tempo ed il consolidarsi della conoscenza con la direttrice e con le persone che gestiscono la casa ho avuto libero accesso alla struttura: potevo andare ogni volta che volevo, avvisando prima del mio arrivo, e potevo decidere, in maniera autonoma, chi intervistare senza dover necessariamente richiedere il "permesso" alla direttrice.

Il compromesso raggiunto con la direttrice mi vietava di dare consigli o esprimere pareri o giudizi di merito rispetto a scelte personali o alla gestione della casa e al lavoro svolto dall'associazione.

Il mio lavoro a contatto con i due movimenti sociali si è definito in base a strategie complementari, che sia io sia le mie interlocutrici abbiamo messo in campo. Esso è stato determinato, da una parte, dal mio porsi come "soggetto attivo" all'interno del gruppo; dall'altra, invece, dal mio porsi come "soggetto esterno ed estraneo" al gruppo.

In Yucatán, il lavoro svolto dal movimento Pro-Choice non gode di un consenso generalizzato e gli appoggi che riceve politicamente, giuridicamente e istituzionalmente, a livello locale, sono estremamente deboli. Alla luce di queste considerazioni sembra essere dunque comprensibile l'atteggiamento di chiusura e di diffidenza delle attiviste nei confronti di sguardi esterni, come poteva essere il mio.

Dall'altra parte, invece, il movimento Pro-Life, forte del consenso di cui gode (sociale, politico, istituzionale, giuridico), teme in minor misura quegli stessi sguardi esterni che, invece, cerca di utilizzare strategicamente come mezzo pubblicitario e propagandistico del lavoro che svolge in favore delle donne in condizioni disagiate.

Il processo di negoziazione, che è proprio ed informa ogni relazione etnografica, non ha riguardato solo il mio rapporto con le attiviste ma anche il mio rapporto con me stessa. Lo studio dei movimenti sociali da parte degli antropologi implica sempre in qualche modo delle tensioni e delle frizioni tra la postura distaccata dell'analisi scientifica e le attitudini ideologiche del ricercatore. Nel caso della mia ricerca tali tensioni e tali frizioni sono direttamente collegate con le mie posizioni personali rispetto alle ideologie dei gruppi con cui ho lavorato. La condivisione, o meno, di queste ideologie mi ha portato a costruire relazioni etnografiche fondate su differenti strategie di negoziazione di spazi comuni con le mie interlocutrici.

La collaborazione con l'associazione di Sandra e la condivisione di idee sono stati gli strumenti per accedere al loro spazio. Le mie azioni sono state, per loro, la dimostrazione della condivisione di un'ideologia comune, in virtù della quale è stato possibile costruire la relazione etnografica. In questo caso è evidente come sia stato il mio stesso attivismo a permettermi di conquistare la loro fiducia e di accedere a spazi di intimità dai quali altrimenti sarei stata esclusa.

Dall'altra parte, la relazione etnografica con l'associazione Vifac si è costruita sulla base del rigore-autorità dell'analisi scientifica e sul rispetto reciproco: non ho mai nascosto quale fossero le mie posizioni personali ma ho assicurato che queste non avrebbero interferito con il lavoro di ricerca che avrei svolto all'interno della loro casa e, soprattutto, che le informazioni raccolte sarebbero state tutelate dall'anonimato e non sarebbero state utilizzate contro di loro. Il distacco scientifico, allo stesso modo, è stato uno strumento utile per rispondere ai tentativi di inglobarmi all'interno delle "loro logiche-ideologie" attraverso le richieste che di contribuire alle loro attività.

Il rigore del mio interesse scientifico è stato uno strumento strategico non solo dal punto di vista prettamente metodologico nella costruzione delle relazioni sul campo, ma anche dal

punto di visto personale: il distacco emotivo che dovevo mantenere mi metteva al riparo dal rischio, fortissimo, di essere emotivamente sopraffatta da situazioni che non condividevo e che mi sembravano rendere ancora più difficile e dolorosa l'esperienza e la traiettoria di vita delle donne con cui mi rapportavo.

Convinta che in qualsiasi ricerca, l'antropologo non sia mai semplice osservatore di fatti, ritengo che sia importante riflettere sulle difficoltà che si incontrano quando ci si trova a fare ricerca su tematiche inerenti il campo della medicina che si caricano di significati morali ed etici contrastanti. Tali significati contribuiscono a definire il campo della ricerca e ad influenzare lo sguardo del ricercatore e, dunque, non possono essere ignorati nel momento in cui si vuole rendere conto della complessità e delle contraddizioni dei fenomeni che studiamo. In entrambi casi ho avuto la richiesta di diventare attivista: la mia risposta è stata diversa. La mia etica personale è venuta prima della necessità di conoscenza legata alla ricerca. In un caso ero disposta a conoscere, a mettere in discussione il mio punto di vista e le mie ideologie, volevo comprendere istanze diverse, da quelle da me condivise, ma non volevo partecipare a riprodurle. Nell'altro caso, ho cercato di conoscere e ho partecipato, felice di farlo.

Se questi sono stati i presupposti del mio lavoro, nel corso del tempo si sono modificati. Questo accade in ogni ricerca di antropologia. Il lavoro forse più faticoso non è stato negoziare con gli altri ma negoziare con me stessa: ho dovuto imparare, poco a poco, a mettermi in discussione, tutti i giorni; a spostarmi da me stessa; esercitarmi costantemente nel cercare un'altra prospettiva da cui guardare alle cose della vita. Si è trattato di un esercizio, di una pratica che non è spontanea, è faticosa, richiede disciplina ed attenzione alla distrazione. Dovevo andare oltre le mie idee per essere capace di vedere le persone diverse da me, comprendere, pur non condividendo, le loro scelte, le loro traiettorie biografiche, gli elementi che incidevano su quelle traiettorie.

Il rischio, grande, in questa mia ricerca era soprattutto uno e ne ero consapevole. Da una parte, avrei potuto, spinta dalla condivisione e dalla partecipazione attiva, schiacciare il mio sguardo analitico sulle posizioni delle attiviste Pro-Choice, non esercitare l'esercizio critico del pensiero intellettuale. Dall'altra, spinta dall'assenza della condivisione e della partecipazione, avrei potuto essere eccessivamente critica nel mio sguardo analitico circa le posizioni delle attiviste Pro-Life; non comprendere le loro motivazioni e le loro pratiche, avrei potuto non vederle.

La consapevolezza di questo rischio mi ha portato ad esercitare un pensiero critico in entrambi i casi. Questo mi ha permesso di vedere il chiaro-scuro in entrambi le circostanze, e

mi permetterà attraverso la scrittura di restituire le sfumature, le zone grigie che informano le attività e le ideologie di entrambi i movimenti.

Ho sempre ambito all'“osservazione della partecipazione” (Tedlock 1991), al guardarmi sul terreno di ricerca, per quanto possibile, dall'esterno, attraverso quel passo laterale che mi permettesse di pensarmi nelle relazioni e di pensare queste relazioni all'interno del contesto in cui mi muovevo. In questo modo, è stato possibile conoscere entrambi i movimenti sociali con cui ho scelto di lavorare, attraverso un continuo gioco di rimandi tra accordi e disaccordi, avvicinamenti ed allontanamenti.

Il confronto tra i due movimenti mi ha permesso di comprendere quanto essi non siano realtà monolitiche, quanto le loro azioni pratiche non siano perfettamente inserite all'interno dei confini definiti dalle ideologie. Il mio tentativo sarà restituire, anche nella scrittura, l'articolazione e la complessità interna ed esterna che informa questi gruppi, le sfumature di pensieri, pratiche e traiettorie rispetto alla sessualità e alla riproduzione, ai diritti delle donne e degli uomini, ai diritti del “feto”.

Penso che il confine tra “ambito del lavoro” ed “ambito personale”, pubblico e privato, diventi estremamente labile in alcune circostanze, così come il confine tra ricerca ed azione. C'è un grado di azione in ogni ricerca, in alcune più di altre. Nella mia ricerca la partecipazione e l'azione sono stati elementi forti e presenti, così come il mio posizionamento ideologico, come ho cercato di mostrare fino a questo punto.

Ma il grado di azione non c'è stato solo nell'ambito della ricerca che ha riguardato in modo più diretto i movimenti sociali, c'è stato anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e della sfera istituzionale. Quando ho potuto utilizzare il mio “potere” di antropologa, di persona interna all'istituzione per facilitare i percorsi e la degenza delle pazienti all'interno della struttura, l'ho fatto. Quando ho potuto utilizzare quello stesso “potere” per avere accesso a fonti, verificare informazioni che non mi erano chiare e/o non mi erano state fornite direttamente dalle persone l'ho fatto. Avevo d'altra parte accesso ai documenti, alle cartelle cliniche e al *database* dell'istituzione.

Il principio di riferimento e l'elemento discriminante, sia nella azione che nella ricerca, è sempre stata la mia etica personale, che è ovviamente discutibile, non quantificabile e non restituibile in maniera esaustiva. Etica che è soggetta alla possibilità di modificarsi a seconda delle situazioni e delle circostanze specifiche.

2.3 Le interviste

Come qualsiasi altra ricerca di antropologia, anche la mia si è strutturata partendo dalla raccolta dei materiali attraverso: la presenza e la frequentazione quotidiana degli ambienti che ho scelto di analizzare, le interviste in profondità ed i questionari.

All'interno delle strutture ospedaliere, oltre alle interviste, ho utilizzato anche dei questionari brevi che mi sono serviti per ottenere una serie di dati quantitativi utili alla sistematizzazione di alcune informazioni di base sulle condizioni di vita delle donne che ho incontrato. In questo modo ho cercato di disegnare alcune caratteristiche generali delle donne che ho incontrato e di individuare caratteristiche, condivise o divergenti, all'interno del vasto e variegato panorama di donne che ho intervistato.

Nei mesi della mia permanenza sul campo ho avuto modo di raccogliere un totale di 165 interviste, di cui: 118 a donne, in diverse situazioni e contesti; 5 a uomini che si sono sottoposti alla vasectomia; 17 a medici e 15 a studenti di medicina³²; 10 a diverse "figure burocratiche e amministrative dell'assistenza" interne alla gestione di servizi, programmi e dipartimenti, con gradi di responsabilità diversi e vari livelli professionali³³.

Tutte le interviste sono state fisicamente svolte all'interno delle strutture di riferimento di ogni persona e/o associazione³⁴. Tutte le interviste sono state sbobinate per intero poiché intese come il prodotto di un processo di negoziazione e confronto che ha coinvolto intervistatore e intervistato; proprio per questo motivo esse, a mio parere, possono essere considerate già come un prodotto, una fase in sé "compiuta" del lavoro e meritano di essere restituite nella loro complessità. Ad ogni persona che ho intervistato, in qualsiasi contesto e situazione, ho sempre fatto firmare un consenso informato.

In tutti i casi, ho scelto di proporre delle domande sulla base di un modello strutturato, sviluppato a partire dall'individuazione di macrotematiche. Allo stesso tempo, ho sempre

³² Nello specifico: 10 medici specializzandi di ginecologia, 3 medici responsabili del servizio di pianificazione familiare, 1 ginecologa direttrice di una clinica privata, 2 ginecologi primari del reparto di ginecologia ed ostetricia, 1 medico responsabile del servizio di vasectomia.

³³ Ho scelto di inserire all'interno della categoria "burocrate dell'assistenza" diverse figure che gestiscono a vari livelli i servizi a cui le donne possono accedere, sia nel settore pubblico che in quello privato, non governativo. Mi riferisco nello specifico a: 3 assistenti sociali responsabili del servizio di pianificazione familiare; la Direttrice del dipartimento di Salute Sessuale e Riproduttiva della *Secretaría de Salud de Yucatán*; la Direttrice del Programma di Pianificazione Familiare dei *Servicios de Salud de Yucatán*; la Direttrice del IEGY (*Instituto de Equidad de Género de Yucatán*); la Direttrice del *Centro de Paternidad Responsable* di Mérida; la Direttrice di Vifac; 10 interviste a volontarie e responsabili della casa di accoglienza gestita da Vifac; l'infermiera della clinica privata gestita da SHSSR (*Servicios Humanitarios de Salud Sexual y Reproductiva*); l'amministratrice della clinica privata gestita da SHSSR (*Servicios Humanitarios de Salud Sexual y Reproductiva*).

³⁴ Ospedali, casa di accoglienza, clinica privata, uffici istituzionali.

cercato di lasciare alla persona intervistata la possibilità di muoversi liberamente tra le domande che io proponevo: di ripetere ed aggiustare affermazioni, di tornare indietro, contraddirsi, suggerire altre domande o altre tematiche che, spesso, avrei successivamente inglobato all'interno del mio schema.

Le interviste per me sono state uno strumento importante e faticoso da utilizzare. In realtà a me le interviste non piacciono: mi mettono in imbarazzo. Soprattutto all'inizio, ho sempre la sensazione di imbrogliare e di parlare con quella persona per la ricerca, al di là di un qualsiasi interesse umano che invece, almeno in linea di principio, dovrebbe essere alla base di ogni incontro comunicativo e conoscitivo. Questo mi ha sempre incusso disagio. In questo mi è sempre sembrato di vedere un atto di violenza. A volte le parole dell'altro possono essere manipolate, possono essere alterate tanto da rovesciarne il significato. Ho cercato di esserne sempre consapevole e di mantenere un certo grado di attenzione che mi aiutasse ad evitare questo rischio, in alcuni casi inevitabile.

Gran parte dei dati che utilizzo in questo lavoro vengono dalle interviste e dalle conversazioni, registrate e informali, che nei mesi della ricerca ho intrattenuto con le persone. In alcuni casi, più di altri, le interviste sono state più strutturate, molto lunghe, approfondite. Sono state spesso chiacchierate in cui dalle tematiche che mi sembravano essere fondamentali nell'economia del discorso del mio lavoro arrivavano a toccare sfere della quotidianità che, almeno apparentemente, potevano essere estranee e lontane dagli oggetti specifici della ricerca. Tuttavia credo non sia mai stato così e, nella maggior parte dei casi, me ne sono resa conto a posteriori. Spesso ho lasciato andare e ho perso il filo dei discorsi, spesso ho tralasciato questioni che mi sembravano importanti e, forse in alcuni casi sbagliando, ho seguito la traiettoria discorsiva della persona con cui mi confrontavo. Ciò che ho sempre cercato è stato: fare in modo che le persone con cui mi confrontavo esprimessero ciò che per loro era importante dire.

Le persone reagiscono alle interviste in modi diversi. Questa consapevolezza mi ha spinto ad individuare delle possibili categorie in cui far confluire le diversità e le molteplicità di approcci all'intervista, da parte dei miei interlocutori. Nella mia relazione con chi lavora all'interno delle istituzioni e/o gestisce servizi e programmi assistenziali mi sono confrontata con diverse tipologie di risposte: di chi non ha o non vuole dedicare molto tempo; di chi è da tempo all'interno dei servizi e ha elaborato una riflessione personale; di chi si interroga su di sé e sul senso del proprio lavoro, sulle ingiustizie e sul cattivo funzionamento dei servizi; di chi riflette su un livello astratto, per modelli.

Per ciò che riguarda le donne o gli uomini, principalmente utenti di servizi ed attività assistenziali, mi sono confrontata con le risposte di: coloro per i quali l'antropologo è un luogo, il contenitore di uno sfogo, l'occasione di una formalizzazione; quanti utilizzano l'interesse mostrato dal ricercatore per chiedere qualcosa in cambio o che centellinano le informazioni per trattenere, stimolare attenzione e cura; coloro che ti considerano una persona che hanno incontrato.

La necessità di “costruire” questo tipo di “categorie” che certamente non hanno pretesa di esaustività né di rappresentazione del “reale”, è sorta nel corso del periodo di ricerca, in rapporto all'esigenza di “contenere” e dare un ordine alle esperienze di relazione che stavo vivendo, spesso forti in ragione delle storie drammatiche che le persone mi proponevano; ma anche e soprattutto di cercare un modo di gestire delle relazioni che, proprio perché con individui in condizione di disagio, rischiavano di oltrepassare in maniera non necessariamente positiva i limiti del “rapporto di lavoro”.

CAPITOLO 3

GOVERNARE I CORPI NEL PERIMETRO DEI DIRITTI

In questo testo, mi propongo di analizzare e di restituire l'articolazione, fluida e mutevole, delle relazioni e delle dinamiche che definiscono il "campo" della sessualità e della riproduzione a livello locale. L'analisi si focalizza sia sui modi in cui tale campo viene definito in spazi eterogeni, istituzionali (ospedali pubblici), welfare sociale (associazioni civili operanti sul territorio) e privati, della vita quotidiana e intima delle persone; sia per come esso viene vissuto e sperimentato dai singoli soggetti.

In questo senso credo che sia necessario comprendere che cosa significa parlare di politiche della salute e della pianificazione familiare, istituzionali e statali, e come si definisce l'incontro e/o lo scontro tra lo Stato, le organizzazioni non governative e le persone. Il contatto tra queste sfere diverse definisce uno spazio di relazione, un campo, uno spazio immaginario. Entrando e attraversando questo spazio diventa possibile darne un'interpretazione, investigare la presa di specifici *dispositivi* (sessualità e riproduzione) sulle persone ma anche la loro capacità di risposta (*tecniche del sé*).

Per operare questo tipo di analisi ho cercato di definire un apparato teorico che si articolasse tra diversi ambiti dell'antropologia, poggiasse su alcuni concetti e categorie analitiche specifiche e facesse riferimento al pensiero di specifici autori. Tale apparato, frutto di un processo in continuo cambiamento in relazione a i dati etnografici e agli interessi delle ricerca, ha influenzato il mio modo di guardare, conoscere e comprendere le dinamiche che definiscono la sfera della riproduzione e della sessualità umana delle persone che ho incontrato durante la mia permanenza in Messico.

3.1 Prospettive di antropologia dello Stato

Per comprendere come si articola il gioco intimo delle relazioni in cui ogni persona si muove nella propria vita quotidiana credo sia importante cercare di analizzare la dimensione in cui lo Stato e le politiche vengono incorporate dagli attori sociali. Nell'economia del discorso che presento in questo testo alcune riflessioni sono centrali. Riguardano i processi di coercizione istituzionale e di costruzione del consenso relativo alla gestione della sessualità e della riproduzione; il rapporto tra le dinamiche della "scelta" e le pratiche di imposizione; la

pertinenza, a livello locale, delle distinzioni tra attori governativi, non-governativi e membri della società civile; le capacità e le possibilità di muoversi (aderendo e/o resistendo e criticando) tra diversi modelli (economici, politici, culturali, tecnologici, morali) e regimi di vita.

È importante allora parlare del potere, di quelle forme di potere che istituzioni e organizzazioni statali, locali, transnazionali (più o meno formali), esercitano su – e attraverso – differenti soggetti e gruppi di individui. Non analizzo processi verticali. Il mio tentativo è quello di esplorare una realtà diluita, diffusa, storicamente determinata e in costante trasformazione. «In questo scenario, il potere, nonché i luoghi e i modi in cui si esercita, si manifesta e si rappresenta e in cui produce identità, diventano l'oggetto primario dell'indagine antropologica rivolta allo studio delle organizzazioni politiche e delle formazioni istituzionalizzate, prima fra tutte lo Stato» (Minicuci - Pavanello, 2010: 13). Lo Stato è centrale nell'organizzazione, nella gestione, nella prescrizione ma anche nell'offerta di determinati modelli di vita e di regole per ciò che concerne la sfera della sessualità e della riproduzione umana.

Come sostiene Berardino Palumbo, «lo Stato degli antropologi, oggi, è sempre meno un'entità, una struttura data e trascendente rispetto alla società, che si sovrappone, razionalizzandole, a entità minori, incapsulate e pre-esistenti, pur pretendendo di esserlo e pur riuscendo, in maniera più o meno efficace, a farsi percepire come tale attraverso le proprie agenzie istituzionali (Daas e Poole 2004). Più che una cosa fatta di apparati istituzionali, capaci di regolare razionalmente la vita sociale e di controllare, ideologicamente, i cittadini, esso appare come un insieme di soggetti, di reti, di vincoli, di spazi formalizzati di interazione e di manipolazione, un insieme di tecnologie, di media (Boyer 2005; Abu Lughod 2005), di ideologie – il nazionalismo, appunto (Ohnuki-Tiernei 2004), il patrimonialismo (Handler 1988; Palumbo 1998, 2003), il liberalismo (Ong 1999; Gledhill 2004), il cosmopolitismo (Hannerz 2004) – e di rappresentazioni – le metafore spaziali delle verticalità e dell'incapsulamento (Gupta e Ferguson 2002; Ferguson 2004; Gupta 2004) -, che, insieme ad altre agenzie istituzionali, contribuiscono alla *governance* sociale» (Palumbo 2010: 66).

È dunque necessario fare attenzione alla costruzione culturale dello Stato, «che è il modo in cui le persone percepiscono lo stato, il modo in cui le persone lo comprendono attraverso gli incontri locali, intimi e incorporati con i processi e gli uffici statali, il modo in cui lo Stato stesso si manifesta nelle vite delle persone» (Sharma e Gupta 2006: 11, traduzione mia) ed impiegare «una prospettiva sullo stato che mostri la natura stratificata, articolata e fluida di questo insieme» (ibid., 10, traduzione mia). In questo senso, ho dunque cercato di cogliere

alcuni dei modi in cui «lo Stato, come le tecnologie del potere, si diluisce, controllandola, nell'esperienza sociale dei suoi cittadini» (Palumbo 2010: 67), così da poter mostrare alcuni aspetti del processo di costruzione - attraverso la salute, la sessualità e la riproduzione - dell'odierno stato messicano, inteso non più come prodotto moderno della razionalità occidentale, in senso weberiano, ma come oggetto culturale osservabile attraverso le pratiche concrete e quotidiane degli attori sociali (Sharma e Gupta 2006).

Lo Stato, non considerato come un'entità astratta, storica ed omogenea, risulta essere il risultato processuale di negoziazioni, discorsi e pratiche che si svolgono in particolar modo nell'incontro tra i suoi rappresentanti (burocrati e funzionari) e i cittadini (Herzfeld 1992; Sharma e Gupta 2006).

L'attenzione alla dimensione delle pratiche quotidiane attraverso cui lo Stato prende forma nel contesto locale permette di studiare le interazioni tra lo Stato e gli altri attori impegnati nei processi di *governance*. In questo modo l'attenzione si focalizza sull'analisi empirica dei processi politici e istituzionali inerenti la fornitura di una varietà di beni, servizi e modelli di vita pubblici, collettivi e comuni da parte di individui e gruppi statali, parastatali o privati (de Sardan 2005).

L'uso del concetto di *governance* permette di indagare l'emergere di attori che non appartengono alla sfera di governo tradizionale, ma che giocano una parte importante nel controllo degli affari pubblici e stabiliscono complesse relazioni (antagonistiche, complementari o giustappositive) con lo Stato (Blundo e Le Meur 2009: 2).

Seguendo questa prospettiva diventa possibile osservare come le differenti logiche (dello Stato centrale, delle ONG internazionali e nazionali, delle burocrazie e delle associazioni locali) interagiscono nella fornitura quotidiana di servizi (Biehl e Petryna 2013; Blundo e Le Meur 2009; Wenzel Geisler 2015).

Le analisi contemporanee sullo Stato mettono l'accento sulla necessità di guardare ad esso in una dimensione transnazionale³⁵. Risulterebbe oggi impensabile parlare di Stato nazionale senza tenere conto del ruolo che nella sua costituzione detengono fenomeni quali la diffusione su scala planetaria delle ideologie e del sistema di mercato neoliberale, la "globalizzazione", i continui movimenti transfrontalieri di persone e di beni, insomma quei "flussi culturali

³⁵ Come sostengono Aradhana Sharma e Akhil Gupta, «Transnational processes have clearly reshaped the presumed association between nation states, sovereignty, and territoriality. [...] Sovereignty, in other words, can no longer be seen as the sole purview or — "right" of the modern state but is, instead, partially disentangled from the nation-state and mapped onto supranational and nongovernmental organizations. [...] Transnational economic processes and political reorganization may have altered the nature of and the presumed link between sovereignty and territoriality; however that does not necessarily imply that the nation-state, as a conceptual framework and a material reality, is passé. The hyphen that connects the two parts of this composite entity, as scholars like Ruggie (1993), Appadurai (1990; 1993), and Gupta (1998) contend, is simultaneously contested and reified by the processes of globalization.» (Sharma e Gupta 2006: 7).

globali” che Arjun Appadurai ha concettualizzato in “etnorami”, “mediorami”, “tecnorami”, “finanziorami” e “ideorami” (Appadurai 2001: 52 e segg.).

Nell’era neoliberale, dunque, fenomeni come la deregolamentazione dei mercati, l’emergenza del terrorismo internazionale, il contrabbando e il narcotraffico transfrontaliero, le guerre civili, la cessione della gestione della sicurezza e delle forme della coercizione da parte degli Stati a vantaggio di organizzazioni private (legali o illegali/criminali) non possono essere letti come una manifestazione della “ritirata” e dell’imminente sconfitta dello Stato nazionale.

«Tuttavia non dobbiamo illuderci: la privatizzazione della coercizione non è propria né dell’autoritarismo della restaurazione né della disgregazione o della debolezza, reale o ipotetica, delle istituzioni statali. È soprattutto una modalità di reinvenzione dello Stato e del suo intervento nel cuore industriale della globalizzazione. Essa partecipa della sua nuova teoria liberale» (Bayart 2004: 75, traduzione mia).

Questa posizione converge con quella di molti antropologi che si mostrano critici verso «una letteratura politologica, filosofica o giornalistica (cfr. Marramao 2003) che vorrebbe lo Stato nazionale fortemente indebolito e addirittura destinato a scomparire di fronte all’imporsi di un ordine politico-economico globale (...)» (Palumbo 2010b). Riconoscendo che «l’operare di processi economici, demografici, culturali, sistematici e di portata globale, insieme alla presenza di istituzioni transnazionali, pongono particolari problemi all’azione dello Stato nazionale e alla sua stessa strutturazione (Friedmann 2005: 25-26; Ferguson e Gupta 2002), essi si mostrano interessati a comprendere gli spazi di articolazione, disarticolazione e ri-articolazione politica che questi processi vanno disegnando.» (Palumbo 2010b).

Alcune considerazioni generali e superficiali potrebbero portare a pensare che la crescita del potere e della posizione di nuovi soggetti politici abbia portato all’indebolimento dello Stato.

Nel caso del Messico, il processo recente di sempre maggiore “privatizzazione dello Stato” sotto la pressione delle relazioni transnazionali, delle mobilitazioni identitarie, dell’internazionalizzazione galoppante e del trionfo delle forze del mercato, della nascita e della crescita di movimenti e associazioni della società civile e delle istituzioni non governative comporta in realtà non tanto la ritirata dello Stato stesso, quanto piuttosto la sua ricomposizione. Anche nel caso di provvedimenti neoliberisti quali i programmi di aggiustamento strutturale, ci si trova di fronte a processi che non indeboliscono lo Stato, ma che finiscono per contribuire ai disegni egemonici dei gruppi dominanti poiché permettono di depoliticizzare la questione – in realtà prettamente politica – dell’ineguaglianza sociale (Bayart 2006; Ciavolella 2013).

È importante allora guardare alle continuità e alle rotture che definiscono il processo storico di costruzione di uno Stato e le modalità in cui esso entra in relazione con le persone. Lo Stato si costruisce nelle pratiche quotidiane. Le persone incontrano lo stato passando spesso attraverso pratiche istituzionali, burocratiche, legali o alternativamente legali, se non completamente illegali.

Focalizzare l'attenzione sulle continuità e sulle rotture storiche dei processi che vedono l'emergere e il riprodursi dei discorsi e delle pratiche connessi allo Stato permette di mettere in evidenza come le relazioni individuali e collettive con il potere e le istituzioni si vanno trasformando e quanto questi processi di trasformazioni siano influenzati dall'apparire sulla scena di una confusa, non bene delineata e/o chiaramente posizionata e politicamente consapevole, società civile³⁶.

3.2 Il governare e le sue declinazioni

Le analisi riguardanti i modi in cui il governo viene esercitato ed i modi in cui i soggetti si costruiscono in relazione ad esso possono essere inserite all'interno di un importante filone di studi antropologici che, a partire dagli anni '90 in poi, ha posto la riflessione di Michel Foucault alla base delle proprie analisi etnografiche³⁷. Si tratta di quelle che Xavier Inda ha definito come "le antropologie foucaultiane della modernità": in queste riflessioni, il termine *governo* (*government*) generalmente si riferisce alla "condotta delle condotte" – che indica tutti i modi più o meno calcolati e sistematici di pensare e di agire per dare forma, regolare o influenzare, il comportamento degli altri [...]. Inteso in questo modo il *governo* definisce non solo le attività dello stato e delle sue istituzioni ma, in maniera più ampia, qualsiasi sforzo razionale di influenzare, o guidare, la condotta degli esseri umani attraverso un'azione costante sulle loro speranze, desideri, spazi e circostanza di vita [...]. È necessario focalizzare lo sguardo analitico su le tre dimensioni del *governo*. La prima è definita dalle ragioni del governo. Questa dimensione indica tutte le forme di conoscenza, di sapere e di calcolo che permettono di pensare gli esseri umani come suscettibili di azione e di programmazione

³⁶ Non voglio entrare, in questa sede, nel merito dell'articolato dibattito relativo alla privatizzazione dello Stato né è mia intenzione inoltrarmi nell'enorme dibattito concernente i processi di formazione dello Stato e l'appropriatezza delle diverse definizioni che gli sono state attribuite, né nella letteratura riguardante il tema dei rapporti tra istituzioni burocratiche e politiche governative.

³⁷ Per una rassegna complessiva delle prospettive antropologiche riconducibili a questo approccio si veda Palumbo (2010: 80 e segg.).

politica. La seconda: le tecniche del governo. Le tecniche definiscono quel dominio fatto di meccanismi pratici, strumenti e programmi attraverso cui le autorità, di vario tipo, tentano di definire e strumentalizzare la condotta umana. Infine, la terza: i soggetti del governo. Questa dimensione riguarda le diverse tipologie di identità individuali e collettive che prendono forma da - e allo stesso tempo danno forma a - l'attività governamentale» (Xavier Inda 2005: 2, traduzione mia).

Elementi centrali di queste prospettive di analisi sono il concetto di *governance* e quello di governamentalità. Sembra possibile combinare il potere euristico e interpretativo della "governamentalità" con l'uso descrittivo della "*governance*" (Blundo - Le Meur, 2009). La *governance* risulta costituita sia da aspetti descrittivi, che esplorativi, entrambi fecondi se applicati ad analisi empiricamente fondate³⁸.

L'uso del termine *governance*, inoltre, a mio avviso, permette di costruire un terreno di dialogo condiviso, pur nella differenza delle prospettive, con gli attori sociali protagonisti del campo di ricerca - dagli operatori delle ONG, ai rappresentanti del governo, fino ai destinatari delle politiche e dei programmi istituzionali - favorendo una maggiore circolazione dei presupposti e dei risultati dell'indagine. Utilizzo in questo lavoro la specifica accezione di *governance* riproduttiva (Morgan e Roberts 2012), di cui parlerò più avanti.

Foucault ha delineato i confini del concetto di governamentalità in alcuni dei suoi ultimi lavori (Foucault, 1978a, 2004, 2005, 2010). Il governo, per il filosofo, è il modo in cui viene gestito il «complesso costituito dagli uomini e dalle cose», esso si distingue dalla sovranità, che «si esercita innanzitutto su un territorio e per conseguenza sui sudditi che lo abitano (...) Mentre il fine della sovranità le era implicito [in quanto consisteva nella sottomissione alla sovranità stessa] e essa traeva da se stessa i suoi strumenti sotto la forma della legge, il fine del governo è nelle cose che dirige, è da ricercare nella perfezione, nell'intensificazione dei processi che dirige, e gli strumenti del governo invece di essere delle leggi saranno delle tattiche multiformi» (Foucault 1978a: 18-21).

Il governo moderno non si sostituisce alla sovranità: non si tratta di una successione di tipo evolutivo, piuttosto di uno spostamento di grado, a seconda delle epoche storiche. L'idea di un governo della popolazione rende più acuta la necessità di sviluppare le discipline. Ciò porta alla definizione di quel "triangolo: sovranità-disciplina-gestione di governo, il cui bersaglio principale è la popolazione, ed i cui meccanismi essenziali sono i dispositivi di sicurezza» (Foucault 1978a: 27).

³⁸ «Governance is conceived as a set of interactions (conflict, negotiation, alliance, compromise, avoidance etc.) resulting in more or less stabilised regulations, producing order and/or disorder (...) and defining a social field, the boundaries and participants of which are not predefined» (Blundo e Le Meur 2009: 6-7).

Nel processo di “governamentalizzazione dello Stato”, che ha reso la popolazione il fine ultimo del governo, un ruolo fondamentale è dato dallo spostamento del potere, da potere sulla morte (esercitato dai sovrani degli *ancien regimes*) a potere sulla vita: «Concretamente, questo potere sulla vita si è sviluppato in due forme principali a partire dal XVII secolo; esse non sono antitetiche; costituiscono piuttosto due poli di sviluppo legati da tutto un fascio intermedio di relazioni. Uno dei poli, il primo sembra ad essersi formato, è stato centrato sul corpo in quanto macchina: il suo dressage, il potenziamento delle sue attitudini, l'estorsione delle sue forze, la crescita parallela della sua utilità e della sua docilità, la sua integrazione a sistemi di controllo efficaci ed economici, tutto ciò è stato assicurato da meccanismi di potere che caratterizzano le discipline: anatomo-politica del corpo umano. Il secondo, che si è formato un po' più tardi, verso la metà del XVIII secolo, è centrato sul corpo-specie, sul corpo attraversato dalla meccanica del vivente e che serve da supporto ai processi biologici: la proliferazione, la nascita e la mortalità, il livello di salute, la durata di vita, la longevità con tutte le condizioni che possono farle variare; la loro assunzione si opera attraverso tutta una serie d'interventi e di controlli regolatori: una bio-politica della popolazione. Le discipline del corpo e le regolazioni della popolazione costituiscono i due poli intorno ai quali si è sviluppata l'organizzazione del potere sulla vita. (...) La vecchia potenza della morte in cui si simbolizzava il potere sovrano è ora ricoperta accuratamente dall'amministrazione dei corpi e dalla gestione calcolatrice della vita. Sviluppo rapido nel corso dell'età classica delle varie discipline – scuole, collegi, caserme, ateliers; emergenza anche, nel campo delle pratiche politiche e delle osservazioni economiche, dei problemi di natalità, di longevità, di salute pubblica, di habitat, di migrazione; esplosione dunque di tecniche diverse e numerose per ottenere la subordinazione dei corpi ed il controllo delle popolazioni. Si apre così l'era di un “bio-potere”» (Foucault 2010: 123-124).

A partire dal XIX secolo, pertanto, si può parlare del biopotere, in relazione allo Stato, come dell'articolazione di *biopolitica* e *disciplina*, ovvero come governo della popolazione per mezzo di istituzioni molto diverse (la famiglia, l'esercito, la scuola, la polizia, la medicina individuale o l'amministrazione delle collettività), di tecniche, di tecnologie e di dispositivi che hanno come oggetto e allo stesso tempo come perno del proprio operare i corpi dei soggetti.

Il *dispositivo* della sessualità (punto di partenza della riflessione foucaultiana) è centrale nel processo che ha portato al consolidarsi del biopotere: essa permette alle tecniche di potere di investire la vita, diventando «un elemento costitutivo, allo stesso tempo, delle discipline e

della biopolitica della popolazione, in quanto consente di accedere tanto alla vita del corpo quanto a quella della specie» (Sorrentino 2008: XXIX).

In tal modo, lo Stato opera un disciplinamento di quegli aspetti della vita che prima – in quanto naturali – erano esclusi dalla politica. Se la sovranità si fonda sulla spada, sul diritto di uccidere il nemico e di esporre la vita dei sudditi per salvaguardare il sovrano, il governo moderno si legittima attraverso la riproduzione e la salvaguardia della vita, anche per mezzo dell’eliminazione di individui o intere popolazioni (si pensi ai genocidi) individuati come “pericoli biologici”: «Si potrebbe dire che al vecchio diritto di far morire o di lasciar vivere si è sostituito un potere di far vivere o di respingere nella morte» (Foucault 2010: 122). Sovranità e biopotere convivono nelle società moderne: «il bio-potere non cancella la sovranità, ma la penetra e la modifica» (Sorrentino 2008: XXXV).

Ad una concezione “repressiva” del potere³⁹, Foucault contrappone una visione “produttiva”: «Bisogna smettere di descrivere sempre gli effetti del potere in termini negativi: “esclude”, “reprime”, “respinge”, “astrae”, “maschera”, “nasconde”, “censura”. In effetti il potere produce; produce il reale; produce campi di oggetti e rituali di verità. L’individuo e la conoscenza che possiamo assumerne derivano da questa produzione» (Foucault 1993: 212). Il potere, dunque, che produce sapere ed è da esso inscindibile, non in base ad una relazione causa-effetto, bensì in virtù di un binomio che si auto-costituisce⁴⁰. È in questa prospettiva “produttiva”, che il biopotere va inteso come un’azione *sugli* individui, nel senso di «un regime di sorveglianza e di controllo di tipo “panoptico”, cioè di estensione capillare della visibilità dei soggetti da parte delle istituzioni», che allo stesso tempo, «attraverso la manipolazione dei corpi umani, ridefinisce le categorie di “natura”, “soggetto”, “persona”, “sé”, e produce la legittimazione istituzionale e morale di nuove idee di “natura” e di “famiglia”, di “vita” e di “morte”» (Pizza 2005: 152, 238). Un controllo di tipo “panoptico”, che agisce costruendo soggetti ed essendo da essi stessi costruito, ma che, tuttavia, ha in sé stesso i segni del proprio inevitabile e incessante “fallimento”, o meglio della propria “cecità” (Foucault 1978b: 6) ed incapacità ad assoggettare a se stesso la vita: «[...] Bisognerà parlare di *bio-politica* per designare quel che fa entrare la vita ed i suoi meccanismi nel campo dei calcoli espliciti e fa del potere-sapere un agente di trasformazione della vita umana; questo

³⁹ Al cuore della concezione freudiana e freudo-marxista della scuola di Francoforte e in particolare di Marcuse (Sorrentino, 2008: XXIX).

⁴⁰ «Bisogna piuttosto ammettere che il potere produce sapere (e non semplicemente favorendolo perché lo serve, o applicandolo perché è utile); che potere e sapere si implicano direttamente l’un l’altro; che non esiste relazione di potere senza correlativa costituzione di un campo di sapere, né di sapere che non supponga e non costituisca nello stesso tempo relazioni di potere» (Foucault, 1993:31).

non significa che la vita sia stata integrata in modo esaustivo a delle tecniche che la dominano e la gestiscono; essa sfugge loro senza posa» (Foucault 2010: 126).

Proprio a partire da questi presupposti teorici si sono articolate molte analisi antropologiche volte a cogliere le diverse forme di resistenza, più o meno consapevole ed esplicita⁴¹, e di agentività “tattica” (De Certeau 2010) degli attori sociali soggetti ai dispositivi e sistemi di controllo governamentali.

Secondo Vincenzo Sorrentino, nell’ultimo Foucault il potere appare sempre ancorato ad individui definiti e non astratto, né sedimentato in una sorta di “inconscio collettivo”: «se parliamo delle strutture o dei meccanismi del potere, è soltanto nella misura in cui supponiamo che alcuni lo esercitino su altri», sostiene il filosofo in uno dei suoi ultimi interventi (Foucault 1989: 246; cit. in Sorrentino 2008: LI). Fin da quella che è stata definita come la “fase disciplinare” del suo pensiero, spesso accusata di teorizzare un potere troppo onnipotente, Foucault ha sempre rivolto l’attenzione alle capacità e alle possibilità di resistenza dei soggetti - temi sui quali si soffermerà soprattutto nell’ultima fase del suo lavoro: «non ci sono relazioni di potere senza resistenze; [...] queste sono tanto più reali ed efficaci quando si formano proprio là dove esercitano le relazioni di potere; la resistenza al potere non deve venire dal di fuori per essere reale, ma non è neppure già intrappolata per il fatto di accompagnare il potere. Esiste quanto più e là dove è il potere; dunque è anch’essa molteplice e integrabile in strategie globali» (Foucault 1978: 28).

Foucault non pensa che esista un Potere (con la P maiuscola), ma che esso sia sempre situato nelle «relazioni di potere, che nascono incessantemente, come effetto e condizione di altri processi» (Foucault 1978b: 8). La relazione di potere, in quanto «azione su un’azione», sia quest’ultima presente o futura, riconosce l’altro come soggetto che agisce e pertanto offre sempre un campo di reazioni possibili (Sorrentino 2008: XLVI, n. 133). La “resistenza” allora è congiunturale, trasformativa e strategica.

Essa è un’esperienza tesa a costruire e ricostruire le identità soggettive e a trasformare le relazioni di potere. Non si può infatti parlare di resistenza in termini assoluti: può esistere solo in relazione a strategie di potere che sono sempre mobili, molteplici e mutevoli. La resistenza non va dunque intesa come un contro-discorso che si opponga frontalmente ai discorsi di potere: i discorsi, secondo Foucault, sono elementi tattici che operano nel campo delle

⁴¹ Ad esempio, nel caso della malattia, secondo Margaret Lock e Nancy Scheper Huges e un importante filone di studi dell’antropologia medica degli ultimi venti anni. “La malattia infatti non è semplicemente un evento isolato, o uno scontro sfortunato con la natura. Essa è piuttosto una forma di comunicazione – il linguaggio degli organi – attraverso cui la natura, la società, e la cultura parlano simultaneamente. Il corpo individuale dovrebbe essere visto come il terreno, più immediato e prossimo, in cui vengono messe in scena le verità e le contraddizioni sociali, come anche il luogo di resistenza, creatività e lotta personale e sociale.” (Lock e Scheper Huges 2006: 186).

relazioni di forza. Pertanto all'interno di una stessa strategia possono coesistere discorsi diversi, addirittura contraddittori, e, al contrario, gli stessi discorsi possono circolare da una strategia all'altra senza cambiare forma⁴².

La resistenza può dunque essere profondamente trasformativa, o, paradossalmente, può avere l'effetto di mantenere o rinforzare lo status quo, in entrambi i casi non produce semplicemente tattiche di successo o fallimentari, piuttosto ha effetto formativo sui soggetti che resistono (Gupta e Ferguson, 1997).

In quanto esperienza incorporata, la resistenza è strettamente connessa al problema della formazione del soggetto. La riflessione di Foucault, negando il presupposto del soggetto trascendente o sovrano, si rivolge ai processi di oggettivazione che trasformano gli esseri umani in soggetti, analizzandoli in maniera analitica e genealogica. Il soggetto è il prodotto, in continua trasformazione, di relazioni di potere incorporate e deve essere inteso come sintesi creativa dei processi di assoggettamento a cui è sottoposto e delle pratiche del sé attraverso le quali egli si riconosce e cerca di trasformarsi (Foucault 2006).

Secondo Xavier Inda, focalizzarsi sui “soggetti di governo” significa, da un lato dirigere l'attenzione verso i modi in cui le pratiche e i programmi governativi cercano di produrre particolari tipologie di individui e identità collettive, tanto quanto intendono plasmare forme di *agency* e soggettività. Significa, pertanto, porre l'accento su come il governo sia intimamente coinvolto nella creazione di “soggetti moderni” – siano essi lavoratori, cittadini, consumatori, studenti o altro ancora.

Allo stesso tempo, ad un altro livello, concentrarsi sui “soggetti di governo” significa avere a che fare con i modi in cui specifici *agents* (o attori sociali) costruiscono il proprio sé e la propria identità. Secondo l'autore, infatti, se è vero che le pratiche provano a creare specifiche categorie di soggetti, questo non significa che esse debbano avere necessariamente (o completamente) successo nel farlo. Gli individui possono infatti negoziare – e di fatto negoziano – i processi ai quali sono soggetti (Xavier Inda, 2005: 11).

L'attenzione analitica si deve rivolgere sia alle tecnologie di governo volte a plasmare le soggettività individuali (attraverso la decostruzione dei complessi di sapere-potere di cui tali tecnologie sono il prodotto), sia al ruolo attivo che gli individui stessi rivestono nella propria “autoproduzione” (Ong 2005), osservata attraverso le strategie e le traiettorie di vita

⁴² «Practices that are resistant to a particular strategy of power are thus never innocent of or outside power, for they are always capable of being tactically appropriated and redeployed within another strategy of power, always at risk of slipping from resistance against complicity with another. (...) Resistance should time and again be linked with processes of co-optation, complicity, and the ironic recycling of former points of resistance within new strategies of power» (Gupta e Ferguson 1997: 19).

quotidiana. Il concetto di soggettivazione si riferisce proprio ad una dinamica di negoziazione: «È nello spazio dell'incontro e dell'invischiamento (...) che si dispiega il significato e l'esercizio della cittadinanza» (Ong 2005: 40). Come ricorda Palumbo a proposito del lavoro di Ong, «gli esiti di questo processo dialettico (...) sono sempre aperti e non è possibile sapere in anticipo le specifiche forme che il processo assumerà di volta in volta» (Palumbo 2010: 82). Ancora una volta non si può dunque parlare di una forma univoca di potere, volto a costruire un insieme omogeneo di soggetti. Si tratta piuttosto, in ogni contesto specifico, dell'incontro-scontro di una pluralità di azioni, che danno luogo a quelli che Ong, riprendendo Deleuze, ha definito i «“concatenamenti concreti” prodotti da queste razionalità convergenti che funzionano in relazione ad altri concatenamenti» (Ong 2005: 30). Se, dunque, una molteplicità di razionalità si mescolano e informano la condotta degli individui, allo stesso tempo gli individui costruirebbero se stessi incorporando le varie tecniche di (auto)governo in ambienti attraversati da tali flussi.

L'analisi delle forme di soggettività prodotte dalle tecnologie moderne di governamentalità si rivela fruttuosa se applicata a quello che delineano come un nuovo campo di indagine specifico dell'antropologia: lo studio delle *policies* (Shore e Wright, 1997). L'efficacia delle tecnologie politiche «si riferisce alla combinazione tra “soggettivazione” esterna e “soggettivizzazione” interna (Rabinow 1984). Ciò significa che gli individui definiscono se stessi nei termini delle norme attraverso cui essi sono governati. Tali norme sebbene siano “imposte” agli individui, una volta interiorizzate, influenzano i modi di pensare, di sentire e di agire (Lukes 1973: 15)» (Shore, Wright 1997: 9, traduzione mia).

Nei moderni stati liberal-democratici, queste “tecniche del sé”, che comprendono la capacità autoregolatoria dei soggetti “normalizzati”, sono diventate risorse chiave per le forme di governo moderno: « Il liberalismo rende i suoi soggetti politici “governabili” richiedendo loro di diventare agenti liberi che attuano per se stessi (Burchell 1991: 19). [...] Nicolas Rose sostiene che l'idea di “libertà” agisce come uno strumento di controllo del governo attraverso la creazione di nuovi soggetti di potere e nuovi intermediari che intervegono nella sfera sociale» (ibid., traduzione mia).

Le etnografie che si concentrano sullo studio della *governance* definiscono campi di analisi configurati dall'incontro di una pluralità di attori, organizzazioni e istituzioni – dagli apparati statali, agli enti transnazionali, fino alle Ong e agli associazionismi locali. Il denominatore comune delle forme di governamentalità esercitate da tali gruppi e organismi, direbbe Xavier Inda, consiste nella tensione ad esercitare autorità sulla condotta degli individui (Xavier Inda 2005: 6). La logica del “governare attraverso la libertà” per creare soggetti autonomi,

autosufficienti, in grado di autoregolarsi, alla base delle governamentalità moderne liberal-democratiche, si ritrova inoltre nella diffusione globale dei discorsi neoliberalisti ed è al centro di molte recenti analisi antropologiche sullo sviluppo, sulle applicazioni locali del paradigma della *good governance*⁴³ e sulle strategie di *empowerment* delle popolazioni e dei “diritti” in generale (Craven 2010, 2011, 2014; Minicuci e Pavanello 2010; Shore e Wright 1997).

3.3 “Capacità di agire” e soggettività

Il Soggetto, secondo Foucault, non è principio ma prodotto di rapporti di forze, la sua definizione diventa la posta in gioco di ogni dispositivo di potere. Ad ogni processo di soggettivazione corrisponde nella sua prospettiva una forma di assoggettamento: ad un potere, ad una regola di vita, o alle condizioni di un contesto, anche laddove esse fossero intese come resistenza o reazione alle regole date⁴⁴. Ed è in un’ottica simile che Bayart parla di soggettività al plurale, o meglio di linee di soggettività, generate da una molteplicità di movimenti culturali e sociali che partecipano di uno stesso campo di azione, quello del complesso di pratiche e rappresentazioni plurali che chiamiamo Stato: un campo controverso in cui si dispiegano appunto ibridazioni, giustapposizioni, e conflitti di soggettivazione (Bayart 2004).

È importante sottolineare come il concetto di soggettivazione si sovrapponga parzialmente, ma non coincide, con quello di soggettività. La differenza tra i concetti è messa in luce anche da Sherry Ortner, il cui lavoro è improntato proprio sulla riflessione sulla relazione tra soggetto, coscienza, *agency*, cultura e potere, in una chiave invece più critica verso il

⁴³ «(...) La filosofia della *self-reliance*, maturata negli anni ottanta nel contesto delle politiche internazionali di sviluppo, ha fatto lievitare la consapevolezza politica della necessità di creare forme istituzionali rappresentative delle comunità locali. (...) In questo quadro si è acuita, ed è diventata una priorità della comunità internazionale, la necessità di garantire l’adeguatezza al modello forte dello Stato moderno, democratico e burocratico, di queste forme istituzionali nuove, e di queste modalità originali di relazioni e di equilibrio tra diverse forme di potere locale. È evidente come questa straordinaria fase politica e intellettuale si sia immediatamente intrecciata con le *policies* di *good governance* e di lotta alla corruzione che venivano elaborate in quegli stessi anni dalle grandi istituzioni finanziarie internazionali (Banca mondiale e Fondo monetario internazionale), e dalle Agenzie del sistema delle Nazioni unite. Ne è scaturito anche un nuovo e diverso rapporto tra i concetti di *governance* e governamentalità. La *governance*, intesa come insieme complesso di modalità e di istituzioni, oltre che di stile di governo e di amministrazione, e la governamentalità, intesa come sistema complesso di stile e tecniche di governo in quanto potere di strutturazione e controllo della *agency* degli individui, dei gruppi e delle istituzioni, finiscono per convergere all’interno di un quadro politico in cui le forze della cosiddetta società civile vengono spinte a incarnare le politiche e le retoriche di una riforma democratica vissuta come *bottom-up*. Un quadro in cui, una tale spinta proviene ed è finanziariamente sostenuta da quelle stesse forze che propugnano le *policies* di *good governance*.» (Minicuci e Pavanello 2010: 30).

⁴⁴ Intervento di Armando Cuttolo all’Università di Pisa, 13-14 settembre 2012, www.farantropologia.it.

paradigma teorico post-strutturalista: «Esistono forme di analisi culturale oggi, nella maggior parte dei casi ispirate da Foucault o da altre linee del pensiero post-strutturalista, che enfatizzano i modi in cui i discorsi costruiscono i soggetti e le loro posizioni [...]. I soggetti in questione, all'interno di queste analisi, sono largamente definiti in termini politici (normalmente subordinati), di luoghi (posizioni del soggetto), di identità subalterne (interne al senso storico britannico), donne, soggetti razziali, etc. Non si tratta di un esercizio di poca importanza, ma è certamente diverso dal porsi il problema della formazione delle soggettività, delle strutture complesse del pensiero, dei sentimenti, dei modi che definiscono gli essere sociali invece che considerarli come occupanti di posizioni particolari o detentori di identità specifiche.» (2006: 114-115).

Viene da chiedersi fino a che punto il concetto di soggettivazione possa rivelarsi euristicamente produttivo? E se esso non ponga piuttosto dei limiti alla comprensione antropologica dell'intrinseca pluralità e fluidità dei processi in atto in un determinato contesto?

Credo che sia utile, a questo punto, chiamare in gioco la relazione tra tecniche di governo e *tecniche del sé* alla base dei processi di governamentalità e di soggettivazione: l'adesione alla norma e contemporaneamente il tentativo di sfuggire ad essa. Perché il modello, la norma, non coincidono con la vita, non possono sovrapporsi ad essa in maniera totale, né contenerla o addomesticarla. Le persone rispondono in una molteplicità e articolazione di modi alla norma definendo spazi di resistenza e contestazione. Le esperienze e le traiettorie di vita travalicano le relazioni di potere, comprendono dimensioni sociali altre che plasmano ed orientano i significati che vengono attribuiti agli eventi vissuti. Mi riferisco, ad esempio, agli affetti familiari, alle aspettative nel futuro, alle emozioni, alle relazioni intime, in rapporto alle quali le persone hanno agito nel passato, agiscono nel presente e agiranno nel futuro. Se il presupposto del potere è proprio la sua impotenza a soggiogare la vita, il paradigma della soggettivazione sembrerebbe fondare la propria validità sui limiti ad esso intrinseci: non potendo rappresentare in maniera esaustiva la complessità delle storie e dei vissuti individuali, rivelerebbe la propria utilità in virtù della sua dimensione parziale.

Non volendo addentrarmi nell'ampio dibattito concernente le categorie di persona, di Sé, di (in)dividuo, credo si renda necessario ampliare il quadro di riferimento ai concetti antropologici di soggettività, di *agency* e di costruzione del sé, rimanendo pur sempre ancorati alle pratiche di concreti esseri umani attraverso cui tali dimensioni possono essere esplorate.

Come ricorda Gianni Piza: «Il termine agentività, in inglese *agency*, è entrato negli studi di antropologia del corpo alla fine degli anni settanta del secolo scorso per sottolineare la

necessità di prendere in considerazione la capacità di agire delle persone nello studio dei processi socioculturali (cfr. Hastrup 1995; Ahearn 2001). Questo approccio è stato ispirato dai movimenti femministi che furono tra i primi soggetti sociali a sottolineare l'importanza della "sfera personale" e della corporeità, nell'analisi delle dinamiche politiche e nella partecipazione ad esse. Negli anni ottanta la nozione di *agency* ha contribuito a rinnovare gli studi antropologici, che si sono andati rifondando su una "teoria della pratica", cioè su una maggiore attenzione rivolta non solo alle modalità attraverso le quali gli esseri umani sono socialmente costruiti, ma anche ai modi con cui essi costruiscono la società con le loro pratiche. In questo senso le nozioni di agentività e di incorporazione appaiono centrali per comprendere i processi di trasformazione sociale, in quanto sottolineano in che modo la capacità di agire delle persone può influenzare e modificare le strutture sociali e politiche e, al tempo stesso, in che modo tali strutture tendono a influenzare condizionare o dominare la capacità dei soggetti. Mi pare che la nozione di agentività, allontanandosi dalle teorie fondate su un rigido determinismo sociale e culturale dei comportamenti umani, spinga a riscoprire l'insegnamento critico di Antonio Gramsci sul rapporto fra conoscenza e "prassi" nei processi di produzione e di trasformazione della cultura e della società.» (Pizza 2003: 254, n.9).

In questo senso, l'*agency* non deve essere intesa come una forma efficace di azione, nel senso della modernità occidentale, bensì nel senso di "concrete forme di incorporazione di schemi" attraverso le quali gli attori sociali costruiscono il proprio stare in un mondo sociale molteplice e stratificato (Palumbo 2009: 242).

Ed è proprio su tale stratificazione di significati, azioni, emozioni, valori, gerarchie di potere e di sapere che si è concentrata la mia analisi delle pratiche quotidiane e incorporate delle donne che ho incontrato durante la ricerca.

L'analisi delle politiche governative che presento in questo testo si concentra sui processi della *governance* riproduttiva (Morgan e Roberts 2012) in atto in Messico, per mettere in luce i modi in cui gli attori sociali ai diversi livelli del sistema si appropriano degli ordini discorsivi istituzionali per posizionarsi all'interno di "configurazioni" (Fassin 1998: 10)⁴⁵ sociali e di potere mutevoli. Posizionamenti fluidi che, come si vedrà, non possono essere ricondotti a rigide dinamiche di adesione/resistenza, ma che cambiano al mutare dei contesti relazionali e performativi micro-locali e contestuali e variano in rapporto a dinamiche di forza e gerarchie di potere più ampie, su scala nazionale e globale.

⁴⁵ Nella sua analisi della salute pubblica, l'autore dichiara di preferire il concetto di "configurazione" a quello di "campo" in senso bourdieano. Parlare di configurazioni, infatti, secondo Fassin, ha il vantaggio di suggerire delle forme mobili legate a delle preoccupazioni mutevoli piuttosto che di una struttura costituita attorno ad un oggetto stabile.

Allo stesso tempo, però, l'osservazione delle dinamiche conflittuali che frequentemente si generano nell'incontro tra il progetto governamentale normalizzante e le poetiche sociali, concrete e incorporate, molto più complesse e articolate, permette di fare luce sui processi di costruzione dei sé, nel tentativo di iniziare a tracciare una possibile ricostruzione delle economie morali locali e delle economie dell'*agency* in cui le azioni delle persone che ho avuto modo di incontrare sul campo si inscrivono (Palumbo 2009: 235-242).

Le relazioni intime e private sono inestricabilmente interconnesse con quelle politico-istituzionali. Le relazioni politiche si intrecciano così con quelle di amicizia, di parentela, con i "vicinati" - intesi, seguendo Arjun Appadurai, come le «forme sociali effettivamente esistenti in cui la località, come dimensione o valore, si realizza in maniera variabile» (Appadurai 2001: 231) – creando appartenenze e generando conflitti.

Cercherò di indagare il rapporto tra le classificazioni *fabbriate* dalle istituzioni della salute (Douglas 1990) e le forme della loro incorporazione da parte delle persone. In questo senso la mia intenzione è quella di riflettere sul processo attraverso cui lo Stato messicano continua ad edificare la propria egemonia – intesa, in senso gramsciano, come «il modo in cui rapporti di potere, sostenendo varie forme di ineguaglianza, si producono e si riproducono» (Crehan 2010: 114) – concentrandomi in particolare sull'intreccio di coercizione/consenso nelle forme locali di mobilitazione e partecipazione. In quest'ottica, cercherò di soffermarmi sui sentimenti incorporati che connettono il corpo politico al corpo sociale e a quello individuale (Lock e Scheper Hughes 2006) e di analizzare i processi di soggettivazione (Bayart 2006). L'osservazione delle pratiche concrete attraverso le quali lo Stato si costruisce e si riformula nell'esperienza dei cittadini e nelle interazioni tra questi ultimi, le istituzioni e i suoi rappresentanti, la società civile e i suoi attivisti, permette di mostrare i frequenti intoppi, le contraddizioni e le costanti negoziazioni a cui i processi di *governance* e governamentalità locale sono soggetti, nonché le strategie e le tattiche (De Certau 2010) messe in campo dagli attori sociali. Il mio obiettivo è quello di mostrare come, al di là delle tensioni assoggettanti o totalizzanti del potere, lo Stato *nel quotidiano* rimanga inevitabilmente uno spazio politico relativo e contestato.

3.4 La *governance* riproduttiva

La *governance* riproduttiva assume, nella prospettiva teorica del mio lavoro, il valore di uno strumento analitico per tracciare i cambiamenti delle razionalità politiche inerenti l'ambito della riproduzione (Morgan e Roberts, 2012). In Centro e Sud America, a partire dalla metà degli anni '90, in un contesto generale di riforme neoliberali, si sono verificate una serie di iniziative costituzionali, civili, giuridiche e legislative volte alla liberalizzazione e alla limitazione del comportamento riproduttivo e sessuale, attraverso la definizione di nuovi regimi morali e delle rivendicazioni dei diritti legati a questi ambiti della vita umana (Alvarez 1998, Morgan e Roberts 2009, Corrales 2010). I cambiamenti all'interno della *governance* riproduttiva rappresentano una cornice di riferimento per comprendere ciò che viene definito come riproduzione "razionale" e "irrazionale" nel contesto messicano contemporaneo.

Negli anni più recenti il lavoro e le azioni degli attivisti progressisti, che spesso lavorano in collaborazione con enti donatori internazionali, hanno portato a grandi cambiamenti nelle politiche statali, in nome del genere, della riproduzione e dei diritti sessuali. Questo tipo di attività ha facilitato e in qualche modo permesso l'approvazione di cambiamenti legislativi, come per esempio quelli volti a penalizzare giuridicamente la violenza domestica o a legalizzare l'aborto in alcuni contesti (Arditi 2008; Azize Vargas 2009; Morgan e Roberts, 2009).

Attraverso le pressioni esercitate nei confronti delle *lobbies* politiche e giuridiche si è potuto migliorare l'accesso alla contraccezione d'emergenza, alla sterilizzazione, alle tecnologie della riproduzione assistita, si sono supportati i diritti delle minoranze sessuali, includendo la depenalizzazione dell'omosessualità ed il riconoscimento dei matrimoni gay (Morgan e Roberts, 2009; Roberts 2012). Allo stesso tempo, però, non si sono verificati grandi cambiamenti circa l'interruzione della gravidanza, illegale in quasi tutto il Centro e il Sud America.

Seppur, nel caso specifico del distretto di Città del Messico ci sia stata, nel 2007, la legalizzazione e la depenalizzazione dell'aborto, nel resto del Messico questa pratica è ancora fortemente stigmatizzata, anche nei casi in cui è permessa dalla legge. L'aborto rappresenta, ancora oggi, il tema riproduttivo e sessuale maggiormente bandito dai tavoli della politica e dalle negoziazioni tra società civile e governo. Tale situazione deve essere compresa all'interno di un contesto politico, sociale e culturale in cui la difesa dei diritti del "non nato" è ampiamente condivisa, il feto da un punto di vista giuridico è definito come un soggetto dotato di diritto e l'aborto è considerato dalla maggior parte dei cittadini come un omicidio,

un reato legale ed un peccato morale. La lotta tra queste diverse affermazioni di diritto, tra chi difende il diritto della donna a decidere rispetto alla propria maternità e fertilità e chi difende il diritto del non nato, produce diverse tipologie di attori sociali, di posizioni soggettive e di regimi morali (Morgan 1998; Joffe 2004, 2010).

Il concetto di “regimi morali” fa riferimento ad un insieme di norme morali privilegiate che vengono utilizzate per governare i comportamenti intimi, i giudizi etici, e le loro manifestazioni pubbliche. Esso si definisce a partire dal concetto di “regimi di verità” di Foucault, ovvero meccanismi storicamente specifici che producono le idee e che funzionano come verità (Foucault 1990). Pensare in termini di “regimi morali” permette di incorporare nell’analisi la nozione di “politiche della vita” di Fassin, che si riferisce sia a come le popolazioni sono governate sia alla “valutazione che di essa viene data dagli esseri umani e al significato delle loro esistenze” (Fassin 2007: 500-1).

«Guardare ai regimi morali della riproduzione significa focalizzare l’attenzione sulle azioni e sulle ideologie relative alla generazione, alla perpetuazione della continuità umana» (Morgan e Roberts 2012: 245). I regimi morali riguardano diversi ambiti della vita, i cui confini non sono netti: i comportamenti e le identità sessuali, le modalità di formazione della famiglia (matrimonio, figliazione diretta, adozione, eredità), la gestione dell’ambito domestico (includendo anche la divisione del lavoro secondo il genere), gli orientamenti ed i comportamenti religiosi e spirituali, le forme “ideali” della riproduzione.

In Messico, le posizioni sia dei progressisti che dei conservatori hanno reso la riproduzione un elemento centrale dei regimi morali, enfatizzando i valori della compassione, della coscienza, dell’accudimento, della responsabilità, della dignità e della cittadinanza. Un’operazione discorsiva simile è stata definita anche in Brasile e in Costa Rica. Quando la povertà brasiliana è discorsivamente associata con la criminalità, per esempio, i regimi morali sembrano sostenere ancora di più l’idea secondo cui i bambini delle famiglie povere debbano essere mandati all’estero per essere adottati (Cardarello 2012). Le migranti del Nicaragua che partorivano in Costa Rica erano considerate candidate migliori per la legatura delle tube rispetto alle costaricane, in virtù della loro riproduzione irrazionale nel periodo in cui gli esperti demografi infiammano i sentimenti nazionalisti e pronatalisti facendo previsioni terribili in merito alle conseguenze del declino della fertilità costaricana e all’arrivo dell’“inverno demografico” (Carranza 2007; Goldade, 2007; Hartmann, 1999). In entrambi questi esempi, le pratiche riproduttive che potrebbero essere in qualche modo considerate “sospette moralmente”, come la legatura delle tube in una nazione cattolica, sono riconsiderate e diventano accettate, difendibili e perfino razionali. È un po’ quello che

succede anche in Messico, come mostra la mia etnografia. Le attività del corpo biologico – soprattutto nel suo essere corpo sessuale e riproduttivo – diventano “arene problematiche di contesa” e luoghi di lotta (Morgan e Roberts 2012).

I cambiamenti e gli slittamenti all’interno della *governance* riproduttiva sono favoriti dalla legittimità sempre maggiore di politiche internazionali ascritte al concetto di diritti umani universali. La strategia dei diritti umani ha guadagnato sempre più favore all’interno del panorama legislativo e della diplomazia internazionale. Nuovi soggetti di diritto (tra cui le popolazioni indigene, i giovani, gli ambientalisti, i disabili, i malati, i nomadi...) hanno iniziato, sempre di più, a dare forma alle battaglie sociali in termini di diritti (Alvarez 1998; Alvarez e Escobar 1998; Hartmann 1999; Goodale e Merry 2007).

La proliferazione dei discorsi sui diritti (*rights-talk*), nonostante il fascino della sua retorica, può essere però insidiosa: permette il proliferare delle rivendicazioni da parte di diverse tipologie di cittadini – soggetti di diritto – che, spesso, andando in direzioni contrapposte tra loro, danno origine a confronti, scontri o relazioni dialogiche.

La proliferazione di azioni sociali basate sui diritti, realizzate attraverso processi giuridici, che favoriscono quelle maggiormente finanziate, è il prodotto di un modello politico neoliberale che sembra promuovere la società civile a spese degli apparati statali (Craven e Davis 2014). In quest’ottica risulta evidente come il potere di una specifica definizione dei diritti risieda nella possibilità di specifici gruppi e/o cittadini di utilizzare tale definizione come base delle proprie rivendicazione, come se essi fossero soggetti di diritto separati dallo stato.

È, per esempio, in questo modo che i gruppi conservatori in Messico hanno potuto contestare il linguaggio dei diritti umani universali, presentato nelle conferenze del Cairo e di Pechino rispettivamente nel 1994 e nel 1995. Essi a loro volta si sono appropriati della retorica dei diritti al fine di sostenere diritti “naturalisti” (in quanto divini), i diritti della famiglia (genitori), e il “diritto alla vita” del non-nato (Morgan 1998; Goldberg 2009). Il gioco del conflitto e del confronto tra i diritti permette a fazioni di attivisti, opposte tra loro, di costruire ed utilizzare un determinato linguaggio nell’arena politica, sia nazionale che internazionale, delle leggi, degli accordi e degli ordinamenti giuridici (Joffe 2010).

I sostenitori di una specifica posizione definiscono quella degli avversari come immorale, non democratica, eversiva, utilizzando affermazioni e giudizi morali sui diritti che essi stanno sostenendo. Le diverse argomentazioni, che si definiscono attorno ai diritti, permettono la costituzione di nuove tipologie di soggetti sociali posizionati in maniera contraria ai vecchi: per esempio, gli embrioni Vs le donne, all’interno di un dibattito costruito attorno al diritto

all'aborto in cui entrambi vengono "soggettivati" in nuove disposizioni (forme) della *governance* riproduttiva (Morgan e Roberts 2012).

Il concetto di *governance* riproduttiva permette di esaminare come i poteri che definiscono i soggetti dei regimi morali che riguardano i comportamenti e le pratiche riproduttive siano pienamente invischiati nei processi economici e politici, a livello statale ed internazionale. Questi collegamenti diventano evidenti nel diciannovesimo secolo, quando la gestione delle popolazioni e della riproduzione umana ha iniziato a rappresentare un dominio distinto e specifico su cui esercitare una certa forma di controllo (French e Bliss 2007).

La riproduzione non è intima e apolitica; essa è, invece, pienamente coinvolta con la produzione di entità come gli Stati Nazioni e le loro economie (Donzelot 1979; Gibson-Graham 1996; Kahn 2010; Ribeiro Corossacz 2004; Wilson 2004). Il concetto di *governance* riproduttiva sottolinea le intersezioni delle politiche internazionali con quelle che si esercitano su scala nazionale, dove gli effetti delle prime sono spesso resi esecutivi, sperimentati ed analizzati.

Tracciare i confini della *governance* riproduttiva aiuta a mettere in luce come i più ampi processi economici e politici – per esempio, l'espansione del lavoro formale retribuito delle donne e l'incursione della medicina privata – stiano plasmando le razionalità e le ideologie riproduttive e sessuali, ma anche definendo nuove posizioni soggettive (Bedford 2009; Craven e Davis 2013; Mooney e Pieper 2009; Ewig 2010).

In Messico, i processi economici neoliberali e le relative lotte tra chi è, può essere (o meno), degno del riconoscimento di specifici diritti, riguardanti la riproduzione, definiscono vecchie e nuove categorie di attori sociali: "donne marginali", "donne vittime di violenza domestica", "madri responsabili", il "non nato innocente". Queste categorie assumono una loro specificità ontologica che le fa apparire entità indipendenti dal contesto sociale, politico, economico e statale.

Le diverse posizioni assunte da tali soggetti si definiscono nell'intersezione tra le istituzioni finanziarie internazionali, la proliferazione di ONG attraverso lo spettro politico, movimenti sociali endogeni, la chiesa cattolica, così come nuove e potenti chiese cristiane evangeliche. La *governance* riproduttiva fornisce un modello teorico per comprendere la regolazione delle scelte riproduttive, i comportamenti, e le identità "disponibili" per donne e uomini che sono spesso costituiti come cittadini responsabili (o irresponsabili) della riproduzione di corpi nazionali e sociali (Ginsburg e Rapp 1995). Sono definiti cittadini razionali coloro che incorporano e riproducono le priorità supportate dallo stato nelle proprie forme di vita, nei propri valori e nelle proprie condotte. Il concetto di *governance* riproduttiva permette di

prendere in considerazione i legami tra i regimi morali incorporati, le strategie politiche nazionali, le logiche economiche globali e, quindi, di collegare “la *governance* dell’intimità alla *governance* del mondo” (Bashford 2006 in Morgan e Roberts 2012).

Utilizzare il concetto di *governance* riproduttiva infine permette di mettere in luce alcuni elementi delle relazioni tra i diversi soggetti sociali e specifici diritti: le lotte relative ai diritti hanno bisogno di essere codificate giuridicamente; tali lotte sottolineano la tensione tra i soggetti di diritto individuali e quelli collettivi, in maniera coerente con le direttive neoliberali che tendono ad indebolire il sistema di protezione statale e ad enfatizzare il diritto alla libertà di scelta dei “consumatori” (Craven 2010, 2011; Craven e Davis 2014).

3.5 La retorica dei “diritti” e degli “errori” riproduttivi

Durante la guerra fredda, le politiche riproduttive attuate a livello globale erano dirette al controllo della crescita della popolazione e al raggiungimento della stabilità politica (Hartmann 1999). La retorica riproduttiva era focalizzata sulla sovrappopolazione: le politiche erano governate secondo meccanismi regolatori tecnocratici e campagne di controllo della popolazione, verticali e supportate da donatori internazionali con cui i diversi stati nazioni erano vincolati (Hartmann 1999).

Il “problema di popolazione” è stato il principale motivo per il quale, i donatori internazionali e le istituzioni statali hanno promosso il controllo della fertilità come un modo per migliorare la salute, raggiungere la sicurezza economica nazionale, la salute pubblica, la stabilità finanziaria, la modernizzazione e la piena industrializzazione. Un’agenda meno esplicita implicava che la promozione delle famiglie poco numerose fosse un modo per combattere la crescita del comunismo. L’obiettivo era aumentare i consumi e ridurre specifiche popolazioni (Hartmann 1999).

Agenzie di aiuto, amministrazioni statali e persino in alcune occasioni la Chiesa cattolica, si impegnarono negli sforzi necessari a rendere accessibili in tutti i paesi, Messico compreso, i metodi contraccettivi moderni. La fine della guerra fredda coincise con un periodo di rapida diminuzione del tasso di fertilità in tutti i paesi del Centro e del Sud America, quando le donne iniziarono ad utilizzare la contraccezione moderna e la sterilizzazione chirurgica (Leite 2004; Lopez 2008). Il tasso delle nascite diminuì persino in nazioni senza espliciti programmi e politiche di popolazione. Alla fine degli anni ’80 il tasso di fertilità nazionale messicano era

sceso al di sotto del tasso di fertilità mondiale. In poco tempo quindi, la retorica della *governance* riproduttiva si dovette spostare dal controllo della popolazione sui diritti e sulla salute riproduttiva e sessuale, così come era stato suggerito dagli esperti di salute pubblica che avevano raccomandato che l'attenzione si spostasse sui programmi che avrebbero prevenuto le malattie a trasmissione sessuale, fornito servizi di aborto e trattato l'infertilità (Lane 1994; Pisani 2012). La Conferenza Internazionale del Cairo su Popolazione e Sviluppo del 1994 e la Quarta Conferenza sulle Donne di Pechino del 1995 elaborarono programmi di azione focalizzati sulla salute riproduttiva come un diritto (Haberland 2002; Goldberg 2009). A questi tentativi fu opposta una forte resistenza da parte degli Stati Uniti e l'implementazione fu ostacolata dall'austerità economica, dai programmi di aggiustamenti strutturali, e dai conseguenti tagli ai servizi di salute primari in tutto il Centro ed il Sud America (Cohen 2003; Alvaro, Palma e Dardet 2006). Nonostante tali ostacoli, i discorsi internazionali sulla riproduzione, a partire dal Cairo, sono stati costruiti sempre di più in termini di diritti individuali.

Le campagne nazionali per limitare la fertilità sono ancora attive, ma il tasso di natalità è drammaticamente sceso: la battaglia per limitare la crescita della popolazione è stata considerata in gran parte superata. Le nozioni collettive del controllo della popolazione e la salute riproduttiva hanno definito la *governance* riproduttiva attraverso una nuova comprensione dei diritti individuali. A livello discorsivo si definisce una sempre maggiore competizione tra i diritti della vita del non nato e i diritti riproduttivi delle donne. I cambiamenti nella *governance* riproduttiva devono essere compresi all'interno del contesto del neoliberalismo "e delle sue insoddisfazioni" (Bedford 2009; Ewig 2010).

In Messico la tendenza delle politiche economiche è quella di sostenere un neoliberalismo orientato al mercato. Esso ha fornito un terreno fertile per il verificarsi di uno slittamento all'interno delle razionalità politiche della riproduzione che si fondano sui regimi morali basati sulla rivendicazione di diritti. È importante sottolineare che i discorsi sui diritti assumono una configurazione differente in Messico, come in generale in America Latina rispetto ad altri contesti.

La teoria dei diritti naturali è molto diffusa: ci si riferisce a diritti che discendendo da Dio permettono agli individui di sfuggire al controllo statale e alla legge secolare. Nel caso specifico della sfera dei diritti sessuali e riproduttivi, il concetto di legge naturale è invocato per supportare la supposta inalienabilità ed universalità dei diritti degli embrioni e dei feti. I soggetti sociali che si fanno portatori di questa posizione sostengono che i legislatori non debbano intervenire sul diritto naturale dell'embrione a nascere, perché ogni intervento

sarebbe arbitrario, indifendibile e innaturale. La proliferazione di rivendicazioni di diritti diversi incoraggia a rivolgersi direttamente ai tribunali, come attori separati dallo stato e spesso in conflitto l'uno con l'altro (Morgan 2009).

Nel contesto internazionale emerso successivamente alla conferenza de Il Cairo, molti governi del Centro e Sud America, e anche del Messico, si sono attivati per modificare il punto di inizio dei diritti giuridici. Si è avuto un generale processo di revisione delle costituzioni e dei codici civili in cui l'inizio del riconoscimento dei diritti giuridici è stato spinto indietro, dal momento della nascita a quello del concepimento. La chiesa cattolica e quelle evangeliche, in accordo con i movimenti internazionali per il diritto alla vita e alla famiglia, hanno promosso questi cambiamenti legislativi e si sono poste come custodi dei diritti del feto, spesso con il supporto dei partiti politici più conservatori e, nel caso della mia ricerca, delle *elites* economiche del paese.

Oltre al piano legislativo e giuridico, diverse istituzioni hanno collaborato alla promozione della celebrazione dei simboli del movimento per la vita e all'aumento della loro visibilità e del loro peso politico e sociale, a livello internazionale (Morgan 1998) .

I modelli della *governance* riproduttiva che riguardano la questione del “quando i diritti iniziano” sono la prova dell'esistenza di una locale stratificazione, di compromessi e di vincoli oltre che di pressioni ed incentivi esterni. Mentre in alcune nazioni le organizzazioni e le istituzioni statali hanno richiesto con successo il riconoscimento del “diritto alla vita”, in altri, ONG e attivisti politici si sono mobilitati in nome di un approccio basato sui diritti per difendere l'autonomia e la sicurezza riproduttiva delle donne. La rete delle femministe dell'America Latina e del Caribe ha portato ad una serie di iniziative coordinate, inclusa la decisione di designare il 28 settembre come il giorno per la depenalizzazione dell'aborto (Gomez 2004). Tale rete ha facilitato la condivisione di idee ed iniziative relative alle strategie per combattere gli alti tassi di mortalità materna per aborti-procurati, facendo leva sul modello dei “diritti umani” proposto dagli Obiettivi del Millennio. Le battaglie condotte da questi gruppi di attivisti hanno portato tra l'altro al cambiamento legislativo a Città del Messico relativo alla legalizzazione dell'aborto.

In Colombia, invece, si è difeso il diritto all'aborto non facendo riferimento ai diritti legati all'intimità e alla *privacy* (sui quali invece erano state basate le rivendicazioni del caso Roe Vs. Wade, negli Stati Uniti) ma in favore dei diritti costituzionali delle donne “diritto alla vita, all'integrità fisica e alla salute” (Azize Vargas 2009; Corrales 2010; Frech e Bliss 2007). Focalizzarsi sul diritto alla salute delle donne, secondo gli avvocati colombiani che si sono occupati di questo caso, sarebbe stato più efficace. Mentre le attiviste legate ai diritti umani

sostenevano che in Colombia si verificavano più di 450mila aborti clandestini ogni anno e che gli aborti insicuri erano una delle principali cause di mortalità materna, la chiesa cattolica colombiana contestava queste rivendicazioni e pretendeva, sostenendo che l'aborto non costituiva un problema di salute, che rimanesse illegale. Nel maggio del 2006, la corte costituzionale colombiana dichiarò che nessuna donna o nessun medico poteva essere processato per aver procurato o assistito un aborto quando in una delle seguenti situazioni: quando la gravidanza costituisce un grave pericolo per la vita o la salute della donna incinta; quando il feto presenta malformazioni genetiche; quando la gravidanza è il risultato di una violenza o di un incesto (Frech e Bliss 2007).

Il caso colombiano è importante; ha aiutato a definire un cambiamento internazionale all'interno della strategia dei gruppi e delle posizioni progressiste e femministe, in cui i proponenti hanno utilizzato il concetto di "clausole di salute" nelle loro battaglie per la legalizzazione dell'aborto. Il regime morale del diritto alla "salute" è stato quindi definito come la controparte del regime morale della "coscienza", entrambi pensati in relazione al valore supremo: il diritto alla vita.

Le razionalità politiche e le nuove politiche riproduttive coniate in Centro e Sud America non corrispondono agli assunti che prevalgono, invece, in Nord America in merito a come i governanti, sia di destra che di sinistra, dovrebbero agire (Edelman e Haugerud 2005; Castaneda 2006; Gago 2007; Arditi 2008; Azize Vargas 2009; Morgan 2008).

In alcuni casi, seguendo il senso comune condiviso, si trova una giustificazione a questi meccanismi politici facendo riferimento al machismo persistente e ad un cattolicesimo trincerato. Tuttavia, gli antropologi sostengono che il machismo potrebbe essere considerato un concetto ormai superato alla luce del cambiamento negli atteggiamenti nei confronti della mascolinità e delle relazioni di genere (Dudgeon e Inhorn, 2004; Gutmann 2007a). La gerarchia cattolica è stata una formidabile forza politica, specialmente dove le *elites* che si oppongono ai diritti riproduttivi sono educate in scuole gestite dall'Opus Dei, organizzazione presente in Messico per esempio. Ma è anche vero che le politiche della salute riproduttiva sono state liberalizzate in paesi che sono prevalentemente cattolici o che almeno si definiscono cattolici da un punto di vista storico. La prevalenza del cattolicesimo potrebbe oggi essere messa in discussione partendo da un'osservazione capillare della religiosità delle persone. In Messico, è un dato storico che il cattolicesimo sia una forza oltre che religiosa, politica ed economica, estremamente presente sul territorio ma, soprattutto negli ultimi dieci anni, la configurazione religiosa del paese si è andata modificando e la presenza capillare delle chiese evangeliche è in continuo aumento, acquistando un potere economico e politico

sempre maggiore. Inoltre, è forse fuorviante sostenere che le diverse professioni religiose si oppongano ai diritti riproduttivi: non è la categoria di diritti riproduttivi tout court che viene messa in discussione, piuttosto quella dell'autonomia della donna e della possibilità di scelta quando questa entra in contraddizione con i principi della difesa dei diritti del feto e della famiglia. Anche all'interno dei discorsi e delle pratiche delle persone che appartengono ad una determinata affiliazione religiosa si verifica un continuo slittamento e una sovrapposizione tra i diversi piani di esercizio dei diritti.

Molti cattolici, anche il Movimento per la Vita, accettano la contraccezione moderna e in particolar modo la sterilizzazione. Le cliniche per la sterilità aumentano, nonostante l'irremovibile condanna della chiesa cattolica nei confronti della riproduzione assistita (Roberts 2006). Inoltre è anche vero che in molte occasioni anche i partiti politici di sinistra, e questo deve essere sottolineato, devono la loro esistenza alla chiesa cattolica che li ha supportati e continua a farlo. I *leaders* della sinistra, spesso, non sfidano e non si oppongono alla condanna da parte della chiesa dell'aborto. D'altra parte occorre sottolineare che le pratiche cattoliche e religiose, più in generale, sono lontane dall'essere strutture monolitiche (Voekel 2002; Vaggione 2005; Roberts 2006).

La comprensione di queste tendenze apparentemente divergenti non può basarsi esclusivamente su spiegazioni di tipo culturalista come il sesso o la religione, senza prendere in considerazione le trasformazioni economiche globali e locali.

Oltre a produrre "portatori di diritti" che sono in contrapposizione tra loro, la *governance* riproduttiva basata sui diritti sostiene programmi neoliberisti in altri modi, come per esempio producendo cittadini che hanno il "diritto di scelta" (vale a dire, di consumare) servizi medici privatizzati (Craven e Davis 2014; Craven 2010; Lopez 2008, 2013). Le donne che hanno le risorse economiche, per esempio, riescono a trovare in maniera relativamente semplice medici che praticano aborti all'interno del settore della medicina privata, sebbene esso sia illegale. Sembra che sia proprio perché le cliniche per aborti sicuri siano facilmente accessibili per le donne che hanno le risorse economiche che è difficile, o che raramente si verifica, che le donne appartenenti alle classi medio-alte ed i loro compagni si mobilitino in difesa della causa della legalizzazione dell'aborto sicuri (Morgan e Roberts 2012).

In Messico, così come in altri stati come per esempio il Brasile e l'Ecuador, sono state emanate leggi per sostenere la maternità "libera" sotto la bandiera del diritto alla salute riproduttiva, in pratica però non si sono verificati cambiamenti significativi nell'accesso all'assistenza sanitaria di base, soprattutto per ciò che concerne i servizi di maternità e quelli prenatali.

Parafrasando Faye Ginsburg e Rayna Rapp, focalizzare lo sguardo sulla *governance* della riproduzione si posiziona al cuore della teorizzazione sociale relativa alle politiche e alle economie di un determinato contesto geografico. Comprendere le caratteristiche del sistema di *governance* riproduttiva nei diversi stati richiede di prestare attenzione alle pratiche e ai discorsi politici, delle ONG, delle chiese, dei gruppi che si fanno sostenitori dei “diritti del non nato” e di quelli che invece difendono i “diritti delle donne”, di coloro che difendono i “diritti naturali” e di coloro che difendono i “diritti riproduttivi” (Ginsburg e Rapp 1995).

L’etnografia come analisi locale e regionale in dialogo continuo con processi economici e politici globali e transnazionali può rendere evidente come le posizioni di alcuni soggetti vengano rappresentate come a-storiche: mi riferisco, per esempio, all’idea delle “madri irresponsabili ed irrazionali”, ai “diritti del non nato” e anche alla categoria di “diritto di scelta”.

La prospettiva dell’etnografia permette di analizzare il dispiegamento della retorica dei diritti e della razionalità e/o irrazionalità della riproduzione e come essa cambi e si modifichi a seconda della situazione storica, economica, politica e sociale del contesto. Questo tipo di ricerca permette una comprensione di come le leggi, i movimenti sociali, gli inventivi morali, le spinte economiche lavorano come politiche (*policies*): regolano ed obbligano i corpi riproduttivi e sessuali da una parte, producono soggetti riproduttivi e sessuali dall’altra.

3.6 Le biopolitiche, le razionalità e le strategie riproduttive e sessuali

Tra gli obiettivi di questa tesi c’è quello di riflettere su come le “verità” relative alle politiche riproduttive siano in gran parte rimaste nell’ombra della pianificazione familiare e del suo paradigma razionalista. Le “razionalità” che riguardano la riproduzione ed i corpi sessuali si definiscono e circolano, attraverso il tempo storico e gli spazi sociali. «Queste razionalità “biopolitiche” cambiano nel tempo, emergono nuove “tattiche”, “verità” e nuovi “regimi morali”. Contemporaneamente esse trasformano le soggettività e alimentano “strategie” della negoziazione, della contestazione e/o della resistenza» (Krause e De Zordo 2012: 136).

Attraverso l’etnografia è possibile mettere in discussione quelli che sembrano essere i principi incontestabili e fissi di una determinata razionalità riproduttiva definita dal sapere medico e da quello demografico e mettere in luce le tematiche centrali che si articolano attorno alla razionalità riproduttiva in un momento epistemico in cui le ideologie neoliberali della

privatizzazione e le altre forze della globalizzazione influenzano la definizione degli spazi sociali.

Uno dei cambiamenti più significativi delle ultime decadi circa la riproduzione, riguarda il declino della fertilità. Le politiche della popolazione indirizzate a ridurre le nascite sono andate sempre di più incontro ad un processo di sfaldamento. Se pensiamo come queste politiche siano state promosse soprattutto in nome della “modernità”, dello “sviluppo” e della nozione lineare del progresso (Greenhalgh 1995), si sarebbe potuto immaginare che i dibattiti sulle pratiche riproduttive sarebbero ampiamente svaniti. Questa eventualità non si è verificata. La chiave del pensiero neo-malthusiano si è modificata seguendo un registro neoliberale in cui le politiche riproduttive assumono altri obiettivi: difendere, riconoscere, raggiungere ed incentivare i diritti individuali e collettivi, sessuali e riproduttivi, ed il benessere.

Attraverso un’analisi etnografica fondata sul concetto di biopolitiche e razionalità riproduttive è possibile mostrare come le diverse razionalità tendano a disciplinare la conoscenza, le pratiche incorporate, la “vita come qualcosa”, il significato della vita inteso come “vissuto attraverso un corpo (non solo attraverso cellule) e come una società (non solo una specie)” (Fassin 2009: 48). Diventa possibile mostrare come si esplicitano le lotte individuali volte alla soddisfazione dei propri desideri riproduttivi – per avere, accettare o evitare di avere figli – e alla condivisione, alla discussione o contestazione di interventi che vengono da “esperti” e funzionano come metodi di “sorveglianza”.

Il concetto di biopolitiche trova il suo territorio di origine intellettuale all’interno del pensiero di Malthus “*An essay on the principle of population*”⁴⁶ del 1798 in cui l’autore elabora una teoria sulla relazione tra popolazione e povertà. Il suo pensiero viene ripreso, circa sessanta anni più tardi, nella risposta critica che gli viene da Marx, nel Capitale. In epoca contemporanea, torna di nuovo nei lavori di Foucault, in modo specifico nella “Storia della sessualità Vol.1” (2010 [1976]).

L’interesse viene posto sulla costruzione dei “problemi scientifici” e sui modi in cui le pratiche mediche e governative definiscono questi stessi problemi (Horn 1994; Fassin 2010; Greenhalgh 2003; Martin 2001; Rapp 2000; Rose 2007); su ciò che Ian Hacking definisce “la vita pubblica dei concetti ed i modi in cui essi assumono autorità”⁴⁷.

Ripercorrere brevemente questa “vecchia” storia intellettuale è utile a dare prospettiva al modo in cui la scienza della pianificazione familiare ha guadagnato la sua autorità. Sebbene

⁴⁶ Traduzione italiana “Saggio sulla popolazione” (1868), Utet, Torino.

⁴⁷ “The public life of concepts and the ways in which they gain authority” (Hacking 1990: 7 in Horn 1994: 7).

Malthus non abbia mai utilizzato né il termine biopolitiche né biopotere, il suo lavoro è stato un precursore di entrambi questi concetti. Nel suo lavoro ha interpretato l'alta fertilità della popolazione come un segno di ignoranza e sfaldamento morale ed una giustificazione per le politiche volte ad "affamare" la popolazione più povera.

Malthus sosteneva non l'astinenza sessuale ma la regolazione dell'attività sessuale delle persone, nella forma di "controlli preventivi", come per esempio il matrimonio in ritardo o il celibato prima del matrimonio. Nella sua prospettiva, le persone dovevano esercitare restrizioni morali al fine di controbattere alle "leggi di natura", un termine usato per descrivere "la passione tra i sessi", che secondo Malthus era immutabile nel tempo. Ci troviamo di fronte ad una prima forma di *governance* volta alla definizione di un regime morale (Malthus 1798).

Sia Malthus che Marx presentano una visione pessimista nei confronti della popolazione e della sua crescita. Entrambi consideravano l'alta fertilità e il pauperismo diffuso come la principale causa dei salari bassi. Essi avevano individuato una relazione inversa tra salari e crescita della popolazione. Le somiglianze tra i due finiscono qui.

Malthus attribuisce le cause della crescita demografica alla legge eterna della popolazione mentre Marx alle leggi storiche del capitalismo. Marx vede nell'eccesso di popolazione un elemento necessario per il capitalismo, e critica acutamente gli sforzi per mantenere e sfruttare gli eserciti di riserva. Sono gli interessi di classe che definiscono una determinata gestione della popolazione.

Il concetto di "biopolitiche della popolazione" è elaborato da entrambi in modi diversi, in momenti storici diversi e con uno stile di produzione intellettuale diverso.

Il pensiero di Foucault si caratterizza per aver evidenziato un cambiamento nell'esercizio del potere nelle società occidentali. La vecchia forma dell'esercizio del potere privilegiava il sovrano, nel suo ruolo di poter determinare la morte; la nuova modalità di esercizio del potere testimonia una forma di potere diffusa, volta ad amministrare la vita. Nella teoria foucaultiana dell'attività politica dello stato, la qualità e la quantità degli abitanti che vive in un dato territorio diventa essenziale.

L'attenzione si focalizza sui modi in cui le forme moderne di governo gestiscono le popolazioni attraverso una varietà di "tecniche della conoscenza", e sulla trasformazione della popolazione in un "oggetto di conoscenza" che permette di giustificare "interventi normalizzanti – che danno una regola" (Gal e Kligman 2000: 19). Il potere moderno assume specifiche caratteristiche: esercitare un'influenza positiva sulla vita che si sforza di amministrare, ottimizzare, moltiplicare, sottoponendola a controlli precisi e regolazioni

complessive (meccanismi di soggettivizzazione) (Foucault 1990)⁴⁸.

In questa prospettiva le biopolitiche non sono mai fisse, sono lo Stato in azione. Lo Stato non è qualcosa di statico ed unitario, ma un insieme di pratiche che coinvolgono tutti i suoi legislatori ed i suoi abitanti. Le tattiche biopolitiche, come in un gioco di continuo rimando tra due poli, si articolano tra le discipline del corpo e la regolazione della popolazione. È proprio attorno a questi poli che un certo tipo di “potere sulla vita/potere della vita” è stato e continua ad essere definito, organizzato e distribuito (Foucault 1990: 139).

Queste tecniche particolari non possono essere date per scontate; i loro limiti non possono mai essere previsti, non sono predefiniti. Da una parte, la biopolitica permette di concepire il potere come diffuso, non si articola meramente dall’alto verso il basso. Allo stesso modo quando gli individui diventano soggetti a norme di comportamento, le possono interiorizzare ma anche modificare e/o essere modificati da queste norme. D'altra parte, la biopolitica sottolinea l'importanza delle pratiche degli esperti, come ad esempio le statistiche, nell’elaborazione delle politiche e nell’esercizio del potere orientato ai “grandi fenomeni della popolazione” (Rabinow 1984: 260).

Il lavoro di Foucault ha avuto una grossa influenza sull’antropologia femminista e su tutti gli studi che hanno analizzato le connessioni tra le influenze globali e le pratiche e le esperienze locali, ponendo una particolare attenzione alle manifestazioni della “riproduzione stratificata”⁴⁹, come mostrano Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1995). Studiare la riproduzione permette di mettere in luce le politiche dell’incorporazione. La riproduzione non è semplicemente limitata al dominio privato, ma gioca un ruolo centrale nelle sfere pubbliche, dello stato e della società civile (Ginsburg e Rapp 1995).

Nei diversi contesti, le donne, che sono il principale target delle politiche riproduttive, sono spesso stigmatizzate rispetto ai loro comportamenti: perché rimandano la maternità, perché la controllano, perché accettano la mancanza di figli o perché, al contrario, ne hanno troppi. Ma, anche così, le donne non sono “corpi docili”: le biopolitiche raramente passano inosservate ed indiscusse (Krause 2005; De Zordo 2012; Gutmann 2007b, Ginsburg e Rapp 1995; Lopez 2008; Manderson 2013; Martin 2001, Morgan e Roberts 2012; Rapp 2000; Sheper Hughes e Sargent 1998).

Le osservazioni che derivano dall’etnografia rivelano esempi concreti dell’impressionante egemonia dei discorsi della globalizzazione nel contesto. La centralità della riproduzione continua ad essere basata sull’attuazione di progetti relativi alla costruzione dello stato

⁴⁸ Citato in Rabinow (1984: 259).

⁴⁹ Tale categoria analitica viene utilizzata per descrivere le relazioni di potere che definiscono persone come capaci e nelle condizioni “giuste” per poter generare e crescere figli mentre altre no (Ginsburg e Rapp 1995).

nazione, alla definizione del soggetto e alle tecnologie che riguardano la gestione della vita. Prendere in considerazione tali forme moderne di potere implica “una dolorosa riscoperta delle battaglie in maniera congiunta con la memoria rude dei loro conflitti” (Foucault 2010: 83).

Le esperienze vissute, presenti in questi resoconti etnografici, ricordano che le donne nel mondo continuano ad esperire il conflitto connesso alle pratiche riproduttive e che è in gioco qualcosa di più dei figli. La cittadinanza, la persona, i diritti – i più basilari elementi dell’essere umano convivono nello spazio delle politiche della fertilità.

I soggetti osservati condividono i presupposti della scienza demografica, considerata una forma altamente legittima ed autorizzata di sapere da esperti, soprattutto se confrontata con imprevedibili e strane narrazioni raccolte negli spazi marginali che riguardano disordinati, e anche imbarazzanti, argomenti atipici per la scienza.

Chi si occupa di questioni legate alla fertilità è costantemente bombardato da numeri che sembrano essere reali, numeri che pretendono di mostrare la verità – nella sua interezza ed immediatezza – attraverso la definizione delle statistiche. Le pratiche riproduttive definite all’interno di specifici contesti numerici facilitano le spiegazioni causa-effetto dei fenomeni che si verificano all’interno di questi stessi contesti.

Storicamente le società più povere hanno sempre presentato alti tassi di fertilità, nonostante le diverse tipologie di condizionamenti economici e modernizzatori esistenti al tempo della transizione demografica. Generalmente, nell’ambito della demografia, il declino o l’aumento della fertilità sono stati attribuiti a fattori culturali. In questo modo sembra che anche le prospettive delle scienze dure pongano l’attenzione sui fattori e determinanti culturali. L’etnografia spinge verso l’analisi della complessità e dell’articolazione culturale. Non sono solo i fatti e le questioni empiriche ad avere conseguenze sul declino o l’aumento della fertilità. Sono le particolari risposte delle persone. Sono le aspettative locali che hanno importanza e come queste si intersecano con gli esercizi del potere su larga scala.

Il concetto di biopolitica e di biopotere sono concetti astratti che si declinano in pratiche, discorsi e politiche. Gli studi che si sono concentrati sull’analisi dei concetti di biopolitica e di biopotere analizzano i discorsi, le pratiche e le politiche relative alla gestione della popolazione, come essi incidano sulle vite delle persone, come vengano negoziati e/o contestati all’interno delle dinamiche della quotidianità⁵⁰.

Che cosa rivela una prospettiva centrata sulle biopolitiche dei discorsi, delle pratiche e delle politiche della fertilità nelle vite delle persone?

⁵⁰ Mi riferisco a diversi autori: Agamben (1998), Foucault (2004), Krause (2005), Paxson (2004), Rose (1996, 2007).

I concetti di disciplina e sorveglianza emergono come temi comuni e questo potrebbe essere in qualche modo un elemento sorprendente, soprattutto se pensiamo a come, in particolare negli ultimi venti anni, si sia modificato il modo di pensare la pianificazione familiare: da elemento per il controllo della popolazione ad elemento volto all'*empowerment* e all'esercizio di specifici diritti.

In termini generali, le misure di disciplinamento e di sorveglianza connesse ai corpi sessuati hanno l'obiettivo di rendere le persone conformi alle norme circa la contraccezione e la riproduzione nei diversi contesti geopolitici. A livello specifico emergono una diversità di conseguenze: come le donne e le coppie sperimentano lo "stigma" di non aderire alle norme; come le accuse di comportamenti "irrazionali" prendono forma; e come nuovi interessi per una riproduzione "ragionevole" e "responsabile" si costruiscono (Cardarello 2012; De Zordo 2012a; Marchesi 2012; Mishtal 2012).

L'obiettivo della mia ricerca è quello di mettere in luce i limiti dei nuovi regimi del biopotere, riflettendo su come le donne o gli attivisti (figure di vario genere che si definiscono in relazione alla difesa di determinati diritti della persona) costruiscono discorsi e pratiche, su come questi soggetti negoziano con le dimensioni dell'ingiustizia quotidiana, come essi combattono o resistono per operare una sorta di riconciliazione con determinate caratteristiche della vita come: la discriminazione, l'instabilità, il lavoro.

È importante mettere in luce gli elementi comuni e quotidiani che rivelano l'agentività di coloro che sono i principali destinatari degli obiettivi delle politiche della riproduzione. Diventa possibile in questo modo sia analizzare una diversa ma cosciente forma di resistenza, contraria ma consapevole, rispetto agli sforzi di gestire la vita e disciplinare la sessualità da parte delle istituzioni, sia mettere in discussione e problematizzare il ruolo della "razionalità" nelle azioni e nei discorsi volti a rinforzare i progetti biopolitici dello Stato.

Gli attivisti, soprattutto quelli afferenti al movimento Pro-Choice, denunciano le storture del sistema istituzionale di gestione della sessualità e della riproduzione a livello locale. In qualche modo la mia ricerca supporta la loro posizione mostrando come effettivamente nella vita di tutti i giorni, le persone compiono, determinate scelte piuttosto che altre.

3.7 Il campo della contraccezione

In questo lavoro, l'analisi dei diversi metodi contraccettivi e delle molteplici "tecniche contraccettive"⁵¹ mi permette di mettere in luce quali sono le forme e le dinamiche del loro utilizzo (o non utilizzo) da parte delle donne e quanto lo sviluppo di queste biotecnologie e del sapere medico abbia portato alla definizione di un sistema medico, sociale e politico, solo apparentemente coerente, di gestione ed offerta di determinate possibilità e/o scelte di vita⁵². A partire dalle definizioni e dagli utilizzi biomedici dei dispositivi contraccettivi cerco di decostruire la "scientificità neutrale" propria del discorso biomedico inerente alla loro stessa efficacia. L'efficacia e, soprattutto, la capacità di "non essere fallimentari" si costruisce a partire da molteplici elementi ed è direttamente connessa al punto di vista dei soggetti che si prendono in considerazione nell'osservazione.

Attorno ai diversi "dispositivi contraccettivi" si costruiscono tecnologie, saperi, pratiche ma anche rappresentazioni, idee ed immaginari il cui potere di azione non si esaurisce solo all'interno del sistema medico-istituzionale ma sfocia in quello sociale e politico.

A partire da questi ed altri elementi, l'analisi etnografica delle esperienze di vita vissuta, mi ha indotto a riflettere su come le prospettive di cambiare il percorso del tracciato biografico – e rivoluzionare il sistema dei rapporti sociali – possono essere, per alcuni uomini e per alcune donne, meno accessibili che per altre. Ciò che manca, in questi casi, non è una logica razionale di previsione degli eventi (che passa attraverso il controllo della propria sessualità) quanto piuttosto la possibilità di determinare il corso del presente per ottenere un risultato nel futuro⁵³.

Per la maggior parte delle donne che ho incontrato durante la mia ricerca, le condizioni di vita portano ad esperienze che sono estremamente complesse. Queste donne abbandonano gli

⁵¹ Inserisco all'interno della categoria di "tecniche contraccettive" quelli che, seguendo una prospettiva biomedica, vengono definiti "metodi contraccettivi naturali", come per esempio il coito interrotto o il metodo Billings. Entrambi sono connessi con la conoscenza, l'abitudine al controllo e la gestione del proprio corpo. Mi sembra che in questo senso essi possono essere definiti nei termini di "tecniche del corpo" (Maus 2000), comportamenti appresi che restituiscono l'intreccio inestricabile della dimensione naturale-culturale-sociale e storica della corporeità. Il coito interrotto anche a Mérida sembra essere il metodo più utilizzato per controllare la riproduzione. La responsabilità della sua efficacia ricade completamente sulle spalle degli uomini. Anche da un punto di vista linguistico l'espressione usata dalle donne per riferirsi a questa tecnica è "mi esposo/pareja/novio me cuida" (mio marito/compagno/fidanzato si prende cura di me), traducibile in un linguaggio colloquiale con "ci pensa l'uomo". Ciò nonostante, come nel resto del Messico, gli uomini sono esclusi tanto dai programmi governativi di pianificazione familiare, quanto dalle politiche istituzionali (locali e globali) (Gutmann 2007a, 2007b, 2009a, 2009b).

⁵² Per una discussione critica del concetto di "scelta" e di "libertà" riproduttiva rimando al lavoro di Iris Lopez (2008).

⁵³ Per alcuni riferimenti riguardo allo studio delle politiche di pianificazione familiare in Centro e Sud America rimando ai lavori di: Castro A. (2004), De Zordo (2012), De Zordo e Marchesi (2012), Gutmann (2007b, 2009a), Lopez (2008), Ribeiro Corossacz (2004).

studi, lavorano sin da molto giovani senza alcun tipo di tutela, hanno figli senza avere la possibilità di scegliere di non averli, si spostano e costruiscono relazioni di coppia e abitative che sono spesso poco stabili e violente. È all'interno di questi panorami di vita che si definiscono le sfere della sessualità e della riproduzione, in un contesto in cui le relazioni di genere sono fortemente disuguali e la sperimentazione dei sentimenti e delle emozioni passa attraverso complessi, e spesso sofferti, processi di definizione del sé che sono sociali, culturali e politici e mai cristallizzati in modelli definiti⁵⁴.

Partendo da queste considerazioni, allo sguardo antropologico, la stessa categoria di “Pianificazione Familiare” (costruita nell’intersezione tra la medicina, la legge e la demografia) appare come una lente attraverso cui, guardando alle pieghe più intime delle vite delle persone, diventa possibile vedere altro.

Sebbene la categoria di “Pianificazione Familiare” venga ampiamente impiegata a livello istituzionale essa non è quasi mai utilizzata da parte delle donne, che sono i soggetti principali di questo lavoro. Queste donne definiscono preferibilmente tale aspetto della loro vita come un insieme di pratiche e di conoscenze relative alle possibilità e alle strategie di previsione delle gravidanze. Uno dei primi elementi che appaiono nella loro evidenza allo sguardo antropologico quando si inizia il confronto con il “campo della contraccezione” nel contesto in cui ho condotto la ricerca, è che le persone raramente parlano di pianificazione familiare o di contraccezione. Si parla piuttosto di “como una/o se cuida”. L’utilizzo di tale espressione che letteralmente è traducibile “come una/o si prende cura di se stessa/o” mi ha portato a riflettere sul valore semantico della contraccezione, inteso come i significati che essa può assumere al di là delle esperienze individuali. È proprio a partire da questa prima considerazione che strutturo il tentativo di decostruire la categoria di “pianificazione familiare”.

Ho scelto, dunque, di utilizzare la nozione di “campo della contraccezione” poiché ritengo che essa sia utile per definire uno spazio di azioni e relazioni più ampio e complesso di quello definito dalle politiche istituzionali locali e internazionali attraverso l’utilizzo del concetto di “Pianificazione Familiare”.

L’utilizzo del concetto di pianificazione familiare, come strumento analitico, mi sembra essere poco efficace per cogliere ed analizzare le azioni degli individui che si muovono all’interno di un determinato spazio, definito prevalentemente come medico ma che chiama in causa l’articolazione delle diverse sfere della vita quotidiana. Mutuo la nozione di campo da

⁵⁴ Tra i contributi teorici di riferimento inerenti l’interesse dell’antropologia nei confronti della sfera dei sentimenti e delle emozioni rimando ai lavori di: Fernandez (2000), Hirsch (2003), Hirsch e Hardlow (2006), Lutz e White (1986), Pusetti (2005).

Gianni Pizza e dall'utilizzo che l'autore ne propone nella sua accezione di "campo biomedico" (Pizza 2005). Seguendo questa prospettiva diventa possibile nel caso della mia ricerca parlare di un campo della contraccezione per indicare uno spazio sociale all'interno del quale è possibile "comprendere gli equilibri complessi e le dinamiche concernenti il confronto, la lotta e lo scambio materiale e simbolico fra diversi agenti, non solo all'interno del campo biomedico, ma anche e soprattutto nei confini, nelle zone di sovrapposizione con altri campi sociali in cui le definizioni delle situazioni e delle procedure biomediche sono oggetto di contesa" (Pizza 2005: 146).

La nozione bourdiana di "campo" diventa per me uno strumento analitico utile alla comprensione di uno spazio sociale inerente la fertilità, la riproduzione e la sessualità, regolato da rapporti di forza entro i quali si muovono ed operano gli attori sociali (Bourdieu 2003). Tuttavia è importante sottolineare come i soggetti che si muovono all'interno del campo della contraccezione preso in analisi – donne, uomini, medici, infermieri, assistenti sociali, burocrati istituzionali, politici, attivisti di diversa formazione e posizione, esponenti dell'associazionismo civile – siano sempre dotati di quella capacità di azione (agentività) che permette loro di assumere delle posizioni critiche, contestative, contraddittorie o dialettiche (Bourdieu 2003; Csordas 1994, 2003). Diventa quindi possibile sostenere che: tutti i soggetti interni al campo della contraccezione sono presi in una «continua dialettica egemonica, cioè essi devono orientare la propria capacità di agire in un campo regolato da rapporti di forze. Tale dialettica non può essere ridotta a mera opposizione: l'egemonia non risiede solo nella funzione dominante, ma può nascere anche da una politica di trasformazione. L'egemonia è una complessa volontà collettiva che si sviluppa dall'articolazione e ricomposizione di forze e di agenti storici frammentati e dispersi» (Pizza 2005: 148).

Inoltre, l'utilizzo della categoria analitica "campo della contraccezione" mi ha permesso, discostandomi dalla nozione ufficiale, di inserire all'interno delle tecniche di "Pianificazione Familiare" anche la pratica dell'aborto, considerata come possibilità limite nei casi in cui si sia già verificata una gravidanza, ma esclusa dalle logiche governative istituzionali poiché giuridicamente illegale.

In Yucatán, l'interruzione volontaria della gravidanza è illegale con alcune eccezioni: casi di violenza, quando la gravidanza rappresenta un rischio per la salute/vita della madre, per gravi malformazioni del feto e per ragioni economiche (bisogna dimostrare di avere già almeno tre figli e di non avere le capacità economiche per sostenere un'altra gravidanza). In questi casi, se la richiesta di interruzione della gravidanza viene accettata, allora il procedimento medico è, o almeno dovrebbe essere, offerto gratuitamente alla donna all'interno delle istituzioni

sanitarie statali. Sebbene queste siano le circostanze permesse dalla legge a livello Federale, tale ordinamento giuridico entra in conflitto con il primo articolo della costituzione locale dello stato dello Yucatán in cui si afferma che: lo Stato protegge la vita dal momento della procreazione. Né nei registri ufficiali del Ministero di Salute Pubblica né in quelli del Ministero di Giustizia, è possibile trovare casi di donne che ricorrono all'interruzione della gravidanza o che richiedano legalmente di accedere al servizio. Almeno per quanto riguarda la mia esperienza. Secondo i dati ufficiali, quindi, si dovrebbe sostenere che in Yucatán non si verificano casi di interruzioni di gravidanza. La realtà che ho incontrato durante il mio lavoro di ricerca si discosta però da queste considerazioni ufficiali.

CAPITOLO 4

SEGURO POPULAR: LA LUNGA MANO DELLA SALUTE PUBBLICA

4.1 Il sistema di salute in Yucatán

Il mio primo contatto con le istituzioni sanitarie messicane e, in maniera specifica, yucateche risale al 2008 e alla mia prima ricerca di campo. In quel caso ero arrivata in Yucatán per occuparmi di medicina e salute interculturale e per cercare di comprendere il funzionamento e la gestione di politiche e programmi governativi volti al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione indigena.

La struttura del sistema sanitario messicano, ad uno sguardo esterno come il mio, risultava essere particolarmente complessa. Cercare di mettere ordine all'interno di tale complessità non è stato semplice. È stato un percorso di lunga durata, fatto di abbagli e confusioni, nel continuo tentativo di individuare somiglianze e differenze tra quel sistema di salute specifico e l'unico altro sistema a me familiare, quello italiano.

Tale percorso, pur lasciando zone opache nella mia conoscenza, mi ha permesso di riflettere sulla portata di alcuni grandi cambiamenti storici e politici che hanno interessato il processo di definizione del sistema sanitario messicano. Mi ha permesso di mettere in luce come le continuità e le discontinuità di tale processo storico, soprattutto negli ultimi dieci anni, abbiano contribuito a modificare in maniera capillare lo stesso concetto di diritto alla salute, ridefinendo i modi di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione.

Ritengo che la comprensione delle molteplici articolazioni e configurazioni del sistema di salute sia necessaria per definire una prospettiva più ampia sulla sessualità e sulla riproduzione. Tale prospettiva permette di restituire, almeno in parte, l'intricato panorama delle relazioni politiche, sociali, culturali, scientifiche, economiche, etiche e morali all'interno delle quali si definiscono alcune delle principali categorie prese in considerazione in questo mio lavoro: salute, sessualità, riproduzione, diritto.

Il campo delle risorse sanitarie pubbliche e private così come si presenta all'osservazione etnografica è composto da una quantità sorprendente di istituzioni, sigle, enti che presiedono all'erogazione di fondi, alla gestione di personale e strutture sanitarie, alle politiche di pianificazione della salute e alle pratiche di cura di cui può disporre un "malato" yucateco.

In ogni sistema di salute convivono una molteplicità di saperi, di tradizioni e di pratiche, che solo in alcuni casi possono essere facilmente classificati e ricondotti a corpi integrati e standardizzati di teorie relative alla malattia, alla cura e alla salute. Un sistema di salute rappresenta un complesso dinamico, in mutamento, al cui interno si muovono i membri di una

determinata società. Esso risulta, infatti, isolabile ed individuabile in quanto storicamente e socialmente determinato, tuttavia, non deve essere considerato come un insieme chiuso: i sistemi di salute risultano, infatti, analizzabili in una prospettiva critica unicamente se si tiene conto della dimensione storica e globale all'interno della quale essi sono inseriti e definiti.

Gli elementi costitutivi dei sistemi di salute sono molteplici, le “politiche” e le forme di *governance* nazionale, internazionale e transnazionale che definiscono i principi ed i parametri di gestione e di accesso alla salute, le “rappresentazioni”, intese come le modalità attraverso cui un gruppo sociale ed i suoi membri pensano la malattia e la salute, i “saperi”, intesi come le conoscenze più o meno organizzate, e trasmissibili, riguardanti la malattia, le sue cure e le modalità di interpretazione e prevenzione. Allo stesso tempo, un'importanza fondamentale, nella costituzione di un sistema di salute e nella continua ridefinizione dei suoi confini, è rivestita dalle “pratiche” degli attori sociali che si muovono al suo interno: i terapeuti, i pazienti o anche i programmatori delle politiche sanitarie, a livello locale e internazionali.

Parlare del sistema sanitario yucateco significa far riferimento all'insieme di politiche, rappresentazioni, saperi, pratiche e risorse che articolandosi tra loro contribuiscono, a livello locale, alla costruzione del “campo della salute”⁵⁵. In tale spazio si muovono medici, infermieri, personale sanitario e istituzionale in genere, terapeuti “tradizionali”⁵⁶, pazienti e i loro familiari, gruppi non governativi, associazioni civili, gruppi ed enti di ispirazione religiosa, formando un articolato campo di forze all'interno del quale ognuno occupa una specifica posizione.

Le logiche che presiedono alle pratiche di cura e di prevenzione, così come le pratiche in sé, sono caratterizzate da una forte eterogeneità che conferisce complessità al sistema sanitario preso in esame. Nel momento in cui ci si concentra sulle concrete pratiche di pazienti, dei

⁵⁵ “Pensare in termini di campo – spiega Bourdieu (1992: 66) – significa pensare in maniera relazionale (...) In termini analitici, un campo può essere definito come una rete o una configurazione di relazioni oggettive tra posizioni. Queste posizioni sono definite oggettivamente nella loro esistenza e nei condizionamenti che impongono a chi le occupa, agenti o istituzioni, dalla loro situazione (situs) attuale e potenziale all'interno della struttura distributiva delle diverse specie di potere (o di capitale) il cui possesso governa l'accesso a profitti specifici in gioco nel campo, e contemporaneamente dalle posizioni oggettive che hanno con altre posizioni (dominio, subordinazione, omologia). Nelle società fortemente, il cosmo sociale è costituito dall'insieme di questi microcosmi sociali relativamente autonomi, spazi di differenziate relazioni oggettive in cui funzionano una logica e una necessità specifiche, non riconducibili a quelle che regolano altri campi”.

⁵⁶ Sebbene questo lavoro non se ne occupi in maniera specifica è bene tenere presente che esistono tradizioni terapeutiche diverse e che in maniera, più o meno capillare, prendono parte al gioco di definizione del campo della salute sessuale e riproduttiva. Per approfondimenti in merito rimando ai lavori di Patrizia Quattrocchi (2007; 2011), di Marcia Good (1997) e di Miguel Guemez Piñeda (1997; 2005). La scelta del mio lavoro è stata quella di non prendere in considerazione tutto il panorama della medicina e della salute che si articola in tradizioni terapeutiche tradizionali e/o alternative. Oggi, nel contesto in cui è stata condotta la ricerca, non ci sono solo le *parteras* e/o altre tipologie di medici tradizionali le cui pratiche e conoscenze si inscrivono all'interno di un panorama culturale afferente all'identità maya ma ci si trova davanti anche all'utilizzo, secondo logiche diverse, di altre tradizioni terapeutici (medicina ayurvedica, pratiche orientali...).

professionisti della salute, degli agenti istituzionali e non, il contesto medico appare continuamente ridefinito dal movimento in esso degli attori sociali. In tal senso, assume una valenza centrale l'osservazione delle concrete pratiche dei soggetti coinvolti nel sistema medico. Un sistema, dunque, che non presuppone coerenza o omogeneità, ma, al contrario, si costituisce in una dimensione storica e in continuo mutamento, che si manifesta nel presente come una perenne sintesi e creazione.

Allo scopo di esaminare il campo della salute, non tanto ricercando un'omogenea e fissa logica regolatrice degli atteggiamenti, ma analizzando le dimensioni del quotidiano ho scelto di focalizzare l'attenzione sulle dinamiche di riposizionamento e di conflitto, di continua reinterpretazione e di creazione, che coinvolgono gli attori sociali all'intero del sistema di salute yucateco.

In questa prospettiva la ricostruzione delle principali riforme politiche del campo della salute pubblica e l'analisi approfondita del meccanismo del funzionamento burocratico e amministrativo del *Seguro Popular* mi permetteranno di ripercorrere per grandi linee il processo politico che ha dato luogo alle attuali modalità di organizzazione del sistema sanitario e di mettere in luce quanto esso sia stato definito a partire da una molteplicità di elementi.

A partire dagli anni '80, il sistema di salute creato in Messico, come parte costitutiva del progetto di definizione dello stato post-rivoluzionario, è passato per diverse fasi. Le diverse ristrutturazioni del sistema di salute hanno compreso una riforma costituzionale volta a riconoscere il diritto ad accedere al campo della salute e includere il settore privato come parte costitutiva del settore medico, la sostituzione del sistema di ripartizione delle pensioni, l'introduzione di meccanismi propri delle logiche del mercato neoliberale e l'incorporazione dei principi della decentralizzazione nella gestione delle risorse.

Dal 2000 gli sforzi per la definizione del Sistema Nazionale di Salute hanno portato ad una delle maggiori riforme della *Ley General de Salud* attraverso la creazione del "Sistema di Protezione in Salute" la cui componente operativa è rappresentata dal *Seguro Popular*. Tale iniziativa deriva dalla volontà di raggiungere la copertura universale, per un numero delimitato di interventi medici, attraverso la definizione di uno strumento finanziario di assicurazione. L'idea iniziale era quella di diminuire la spesa medica pro-capite attraverso la creazione di un sistema di incentivi economici che permettesse di subsidiare la domanda piuttosto che l'offerta, ribaltando le modalità di organizzazione del sistema finanziario e burocratico su cui fino a quel momento si era basata la gestione dei servizi offerti dalla *Secretaría de Salud* fino a quel momento.

Il disegno e le strategie di implementazione del *Seguro Popular*, hanno influito sulla necessità di migliorare i servizi di salute, di rispondere alle esigenze sociosanitarie, di adeguarsi alle tendenze internazionali dello sviluppo e di attuare una serie di aggiustamenti politico-istituzionali. L'istituzionalizzazione di un nuovo modello di salute non ha comportato i risultati sperati, soprattutto non ha portato ad un'inversione di tendenza delle disuguaglianze e dell'inefficienze che caratterizzano del sistema sanitario nazionale.

All'interno di questo capitolo, cercherò di riflettere su come e perché continuino ad esistere problemi di frammentazione, inefficienza e disuguaglianza, nell'attuale configurazione del sistema di salute messicano.

Quali sono state le prospettive di riferimento e le priorità del sistema di welfare statale? Quali sono stati gli attori che hanno avuto maggior peso nella definizione dei processi politici inerenti la salute? Come si sono materializzati gli interessi e i discorsi dei diversi attori sociali e politici nelle e attraverso le riforme? Come si sono modificati e ridefiniti i servizi sanitari e le modalità di accesso ad essi da parte della popolazione?

4.2 Caratteristiche generali del sistema medico yucateco

All'interno della rete dei servizi sanitari che fanno capo alla SSY (*"Secretaría de Salud de Yucatán"*), i due ospedali in cui ho condotto la ricerca di campo sono le strutture più importanti di tutto lo Yucatán. L'*Hospital Materno Infantil* è l'unica struttura ospedaliera "specialistica" che fornisce servizi rivolti esclusivamente all'assistenza della salute della donna (in quanto madre) e dei neonati. L'*Hospital Agustin O'Horán*, invece, è la struttura più importante dello Stato per ciò che concerne la grandezza del polo ospedaliero, la varietà di servizi assistenziali inerenti tutte le specializzazioni mediche ed il numero di personale sanitario impiegato.

Entrambi sono strutture mediche di *secondo livello* rivolte alla "*población abierta*", alla quale offrono i servizi medici attraverso un sistema di protezione sociale conosciuto come *Seguro Popular*.

Mi sembra importante provare a fornire una spiegazione a tutti gli elementi che caratterizzano, istituzionalmente e amministrativamente, le strutture sanitarie nelle quali mi sono trovata ad operare. *Secretaría de Salud*, livelli di assistenza medica, *población abierta*, *Seguro Social* e *Seguro Popular*: questi concetti determinano i confini operativi all'interno dei quali gli ospedali sono in grado di offrire servizi di cura e di prevenzione. Prima di

affrontare, pertanto, i nodi problematici emersi dall'osservazione della vita ospedaliera, cercherò di delineare sinteticamente le caratteristiche istituzionali che il sistema medico yucateco presenta.

Lo Stato dello Yucatán si suddivide in tre giurisdizioni sanitarie. La prima è costituita dalla zona nord-occidentale dello Stato, include anche la città di Mérida (capitale dello Stato e polo urbano più grande e importante dello Yucatán) dove è presente la più ampia e diversificata offerta di risorse terapeutiche. La seconda circoscrizione è quella che fa capo a Valladolid e comprende tutta la regione orientale dello Stato yucateco. La terza, che include tutto il territorio della zona sud-occidentale dello Stato, è quella di Ticul.

I servizi sanitari vengono offerti (in Yucatán, come in tutto il Messico) in base ad uno schema gerarchico, all'interno del quale si inseriscono le diverse strutture mediche dislocate sul territorio, distinte attraverso l'appartenenza a tre progressivi livelli di assistenza medica. Questo significa che il primo livello di assistenza medica è garantito dalla presenza di *Centros de Salud*, l'unità medica di base adibita a rispondere alle prime necessità mediche. I centri di salute sono dislocati sul territorio in maniera tale da garantirne l'accesso a tutti i cittadini. Nelle aree rurali ciò si traduce nella presenza di almeno un *centro de salud* in ogni comunità. Nella maggior parte dei casi il personale sanitario presente all'interno di un *centro de salud* è costituito da un *médico pasante*⁵⁷ e da un'infermiera e/o un *promotor de salud*⁵⁸.

Il secondo livello di assistenza medica include tutte le strutture ospedaliere presenti nello stato yucateco in grado di offrire un'assistenza medica specialistica, tranne quando non si tratti di casi clinici eccessivamente complicati o di malattie particolarmente gravi. Le strutture ospedaliere di secondo livello presenti in Yucatán sono l'“*Hospital General de Valladolid*” e l'“*Hospital General San Carlos de Tizimin*”. Nella zona sud dello stato è possibile individuare altre due strutture ospedaliere di secondo livello: l'“*Hospital Comunitario de Ticul*” e l'“*Hospital Comunitario de Peto*”. Infine, nella città di Mérida, troviamo le due strutture ospedaliere in cui ho condotto la ricerca: “*Hospital General Agustín O'Horán*” e “*Hospital Materno-Infantil*”.

All'interno del terzo livello rientrano invece quelle strutture adibite a rispondere alla richiesta di pazienti affetti da malattie più gravi, quali ad esempio patologie degenerative, o in ogni

⁵⁷ E' obbligatorio per tutti i medici messicani svolgere un anno di servizio sociale presso un *centro de salud*, ovvero nelle strutture sanitarie di primo livello presenti in ogni comunità della Repubblica. Tale servizio di “*pasantía*” viene svolto durante il primo anno successivo al conseguimento del titolo di laurea e prima di iniziare i corsi di specializzazione. La definizione di “*médico pasante*” deriva dal fatto che nella maggior parte delle comunità rurali messicane il medico cambia ogni anno, rappresentando sempre una figura di passaggio.

⁵⁸ E' una delle figure professionali del campo sanitario, che non ha una formazione infermieristica ma una formazione empirica ed è in grado di gestire e rispondere alle necessità mediche di base. Rappresenta il primo punto di contatto tra l'istituzione sanitaria e la popolazione.

caso malattie che possono presentare quadri clinici particolarmente complicati, che richiedono terapie specialistiche e strutture adatte e tecnologicamente attrezzate. L'unico ospedale di terzo livello presente in tutto lo Stato è quello di Mérida, "*Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán*", chiamato a rispondere alle necessità e ai bisogni di tutta la popolazione dello Yucatán⁵⁹.

È importante però mettere evidenza che esistono delle grosse differenze tra le capacità e le possibilità delle diverse strutture sanitarie anche quando esse appartengono, da un punto di vista amministrativo, allo stesso livello di assistenza. Sebbene entrambe le strutture in cui ho condotto la ricerca appartengano, almeno da un punto di vista amministrativo e burocratico, al secondo livello di assistenza esse forniscono servizi e svolgono funzioni che, da un punto di vista della pratica clinica, sono paragonabili alle strutture di terzo livello. Ciò è particolarmente rilevante per comprendere l'importanza del ruolo dell'ospedale O'Horán all'interno della rete dei servizi sanitari gestiti dalla *Secretaría de Salud* su tutto il territorio statale.

Non è un caso, infatti, che la maggior parte delle persone che ho incontrato durante i mesi della ricerca abbiano definito questi ospedali come appartenenti al terzo livello di assistenza medica; soltanto coloro che lavorano all'interno delle istituzioni sanitarie (soprattutto burocrati e funzionari amministrativi) hanno sempre fatto riferimento ai due ospedali come strutture di assistenza di secondo livello.

I tre livelli assistenziali qui presentati rispondono all'esigenza di razionalizzare gli interventi medici, fornendo un accesso alle risorse sufficientemente diffuso a livello territoriale, funzionale all'indirizzamento dei casi più gravi verso i centri più specializzati. Tuttavia, in un sistema così pensato, la capacità di mantenere un contatto tra i centri periferici (meno dotati di risorse) e quelli centrali (i centri di "eccellenza"), è una necessità spesso disattesa, relegando così i *centros de salud* ad un ruolo marginale, incapace di indirizzare in maniera efficace i percorsi (sia terapeutici che preventivi) dei propri assistiti.

La *Secretaría de Salud de Yucatán* è l'istituzione che a livello statale controlla la gestione dei servizi sanitari che vengono offerti nella maggior parte dello Stato a quella che è stata definita "*población abierta*"⁶⁰. Con l'espressione *población abierta* si intende, a livello legislativo, tutta quella popolazione che non ha diritto a nessun tipo di assistenza sanitaria, non essendo coperta dal sistema di protezione sociale (*Seguro Social*). Come avrò modo di chiarire meglio

⁵⁹ Anche l'*Hospital Corea-Mexico* è accreditato come struttura di terzo livello ma si tratta di un ospedale specialistico per bambini e che dunque ha un target di utenza e una gestione diversa da quella degli ospedali presi in analisi in questo lavoro.

⁶⁰ Si ritiene opportuno sottolineare che in alcune comunità sono presenti solo i servizi sanitari gestiti dall'IMSS.

in seguito, il *Seguro Social* è un sistema di assistenza indirizzato unicamente alla fascia di popolazione attiva, ovvero che sia salariata, non importa se da aziende private o pubbliche. Le strutture sanitarie della *Secretaría de Salud*, d'altro canto, non possono negare l'assistenza medica a nessuna persona che si rivolga ad esse, neanche nel caso in cui tale paziente avesse diritto alla copertura sanitaria offerta da una delle diverse istituzioni che compongono il cosiddetto *Seguro Social*.

Ogni cittadino messicano, se salariato, fa parte dell'utenza del *Seguro Social*: egli può riferirsi, in pratica, ad un ente previdenziale che raccoglie e gestisce fondi destinati all'assistenza "sociale" dei propri assistiti. Il *Seguro Social* funziona attraverso un sistema assicurativo garantito dalle risorse raccolte da tre diversi soggetti: il lavoratore, il datore di lavoro e lo stato federale. A seconda della tipologia di impiego (pubblico o privato) dell'utente, gli enti previdenziali cui egli fa riferimento cambiano. Nel caso di lavoratori del settore privato l'istituzione che fornisce i servizi di cura è l'IMSS (*Instituto Mexicano del Seguro Social*); i lavoratori del settore pubblico sono invece assistiti dall'ISSTE (*Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado*). Questi enti non solo coprono le spese dell'assistenza medica per i proprio assistiti, ma gestiscono direttamente strutture sanitarie proprie. È questo il caso, poi, di altre importanti aziende che operano sul territorio nazionale, che dispongono di "proprie" strutture assistenziali rivolte unicamente ai "propri" salariati⁶¹.

I servizi medici offerti ai pazienti da parte del personale sanitario dell'Ospedale O'Horán e del Materno sono finanziati attraverso un sistema di erogazione di fondi entrato in vigore in maniera definitiva in tutta la Repubblica messicana solo nel 2003. Da questa data, infatti, viene creato il *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS), meglio noto come *Seguro Popular*. Questo rappresenta il più recente modello di assistenza medica pensato per rispondere in maniera capillare alle esigenze sanitarie della popolazione non integrata nei sistemi formali della sicurezza sociale, cioè a quella che viene definita in termini tecnici "*población abierta*".

Credo che i punti fondanti nel processo di costruzione dell'attuale sistema sanitario messicano vadano individuati nel: riconoscimento del diritto alla salute, presente nella costituzione degli Stati Uniti del Messico (1917) e nella nascita del sistema sanitario tuttora vigente che risale al 1943, stesso anno in cui vengono create le due istituzioni sanitarie più importanti del Paese: la *Secretaría de Salud* (SSA), incaricata di regolamentare le azioni sanitarie pubbliche, e l'*Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), incaricato di rispondere alle esigenze nel campo della sicurezza, del benessere e della salute dei lavoratori.

⁶¹ Si fa riferimento, ad esempio, alle strutture sanitarie gestite dalla PEMEX, la più importante industria del petrolio del paese.

All'interno di questo processo storico l'attenzione dello Stato alla medicina del lavoro porta alla creazione progressiva di un'assistenza medica rivolta ad una parte esclusiva della popolazione, quella dei lavoratori salariati, per arrivare, solo in anni molto recenti, alla creazione di un programma di protezione sociale nel campo della salute (*Seguro Popular*) indirizzato alla popolazione esclusa dai benefici dell'assistenza sociale. Per lungo tempo, infatti, gli organismi istituzionali (quali, per esempio, la SSA e l'IMSS) non hanno avuto una grande incidenza sulle condizioni sanitarie delle regioni dello Stato con maggioranza di popolazione indigena e/o marginale in quanto esclusa dal mercato del lavoro salariato.

La netta separazione tra le diverse condizioni sociali delle persone (cittadini lavoratori e non lavoratori) sembra essere la base ideologica su cui si fonda la costruzione del sistema sanitario messicano. Collegare il diritto alla salute, universalmente riconosciuto come un diritto della persona, alla produttività economica del cittadino appare come una logica che sottende la modalità di organizzazione delle diverse istituzioni sanitarie. Sebbene a questa distinzione si sia tentato di porre fine attraverso le riforme sanitarie degli ultimi anni, ancora oggi esiste una forte disparità nelle modalità di accesso ai servizi sanitari da parte dei diversi settori della popolazione. Tali riflessioni vanno inscritte all'interno di un discorso più ampio, che vede una sovrapposizione tra popolazione indigente, popolazione esclusa dall'assistenza sociale e sanitaria statale e popolazione indigena e/o marginale.

La complessità del panorama sociale dello Yucatán e più in generale del Messico contemporaneo riguarda, infatti, anche la definizione e l'identificazione dei gruppi etnici che si differenziano all'interno della popolazione. In questa prospettiva, parafrasando quello che viene affermato da Bartolomé, sembra che un'analisi delle dinamiche, delle politiche e delle pratiche sanitarie odierne possa rappresentare “un aspetto cruciale per la comprensione dei processi politici nei quali appare coinvolta l'affiliazione etnica” (Bartolomé 2006: 139).

Pur scegliendo di non operare una distinzione analitica tra popolazione indigena e non indigena all'interno del mio lavoro ritengo importante tenere presente queste considerazioni per meglio comprendere quei processi storici di esclusione/integrazione che interessano, oggi, maggiormente alcuni settori della popolazione piuttosto che altri⁶².

⁶² Consapevole di quanto la definizione dell'affiliazione etnica e/o identitaria sia importante nei processi politici di riconoscimento, esclusione o inclusione, che interessano la società contemporanea messicana ho scelto di non operare una distinzione basata su quest'asse. L'utilizzo della categoria analitico-operativa “indigenità” è utile e necessaria per comprendere come si siano definite storicamente e come si configurino oggi le relazioni sociali, politiche e culturali a Mérida. Tuttavia, ritengo che il suo utilizzo, all'interno dell'economia del discorso più generale che voglio portare avanti in questo lavoro, potrebbe rivelarsi uno strumento che invece di aiutare a fare chiarezza possa contribuire a rendere più opaca l'analisi delle relazioni di potere che ho scelto di prendere in considerazione. Mi sembra che il rischio possa essere quello di considerare l'indigenità/etnicità come una *black-box* (Scheper-Hughes, Bourgois, 2004). Una scatola nera che, pur potendo contenere molteplici elementi, non ci permetta di comprendere come essi stiano insieme tra loro e non ci dica molto sulle relazioni di potere che tra

4.3 Una storia del sistema sanitario messicano

Il diritto alla salute di ogni individuo viene riconosciuto per la prima volta all'interno degli articoli 73 e 74 della Costituzione Politica degli Stati Uniti del Messico, promulgata nell'1917. In questo stesso anno vengono creati a livello Federale il *Departamento de Salubridad Publica* e il *Consejo de Salubridad General*, enti governativi che, insieme alla *Secretaría de Asistencia Publica* (1937), pongono le basi per la costruzione della nuova struttura organizzativa del sistema sanitario del Messico post-rivoluzionario.

I momenti fondanti della struttura organizzativa del sistema sanitario messicano devono essere rintracciati nella creazione delle “sue” componenti istituzionali principali: la *Secretaría de Salud* (SSA) che, con il nome di “*Salubridad y Asistencia*”, doveva occuparsi in maniera specifica del campo della salute pubblica a livello nazionale, e l'*Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), la prima grande organizzazione per l'assicurazione sanitaria sociale (*seguridad social*) diretta a tutta la popolazione di lavoratori. La creazione di entrambe queste istituzioni risale al 1943, anno in cui inizia lo sviluppo di un sistema sanitario statale che è segnato da una costante e marcata separazione dei servizi di salute basata sulla netta distinzione tra le due principali istituzioni sanitarie federali, poiché l'IMSS è preposto ad offrire i servizi alla popolazione assicurata e, la SSA si occupa di rispondere alle necessità della “*población abierta*”. In questo modo si costruisce un sistema all'interno del quale vengono conferite ad ogni singola istituzione funzioni normative e risorse economiche indipendenti. Probabilmente la gestione burocratica del sistema sanitario ha favorito un servizio iniquo e diseguale, rendendo ancora più difficoltosa la coordinazione del sistema di salute. Da una parte, per un lungo periodo di tempo, l'IMSS continua a rappresentare la maggiore istituzione che fornisce i servizi sanitari alla popolazione, secondo una logica politica che tende a favorire i lavoratori e le imprese private. Dall'altra, invece, la *Secretaría de Salud* si occupa principalmente della popolazione che viene esclusa dai grandi cambiamenti economici che segnano la storia del Messico, continuando a gestire, fino a tempi molto recenti, programmi di assistenza e prevenzione medica nelle zone rurali e più povere del paese.

Secondo tale prospettiva politica si tende a privilegiare sempre di più la relazione politica tra il governo e i diversi gruppi strategici per la produzione e per la crescita economica del paese.

questi elementi esistono. Le condizioni di marginalità, povertà ed esclusione che definiscono i tracciati biografici di molte delle persone che ho incontrato durante la mia ricerca riguardano l'affiliazione etnica ma, secondo me, non si esauriscono in essa e travalicano lo spazio di confine definito dalle relazioni di potere Stato-popolazione indigena.

La particolare attenzione da parte dello Stato nei confronti della medicina del lavoro conduce alla creazione di nuovi spazi di assistenza sanitaria, come nel caso della creazione, nel 1960, del terzo grande ente istituzionale sanitario messicano: l'*Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado* (ISSTE), che integra all'interno di un solo organismo governativo le diverse istituzioni del settore pubblico, ed è preposto alla gestione della salute di tutti coloro che fanno parte della burocrazia impiegatizia dello Stato⁶³.

L'operato delle istituzioni di cui si è parlato fino ad ora non ha inciso sul miglioramento delle condizioni di salute di quella parte di popolazione indigena che si concentra nelle zone rurali del Paese⁶⁴.

Soltanto alla fine degli anni '70 iniziano ad essere attuate una serie di grandi riforme del sistema sanitario con l'obiettivo di assicurare una maggiore copertura medica a tutta la popolazione del Paese. Nel 1973 viene varata una riforma della *Ley del Seguro Social* che sancisce l'inizio di programmi chiamati di "*solidaredad social*" che vengono attuati dall'IMSS. Si creano dunque unità mediche che avrebbero prestato *asistencia abierta*, cioè servizi non a pagamento esclusivamente ai nuclei di popolazione rurale e urbana che versa in uno stato di indigenza. Il finanziamento di tali programmi ricadeva per il 40% a carico dell'IMSS e per il restante 60% era a carico della finanza pubblica; i beneficiari dei servizi erano obbligati a contribuire destinando giornate di lavoro a favore delle comunità⁶⁵.

Sulla scorta di tali esperienze, nel 1979, il governo federale decide di avviare il *Programa de Solidaridad Social IMSS-COPLAMAR* allo scopo di estendere i servizi sanitari alla popolazione priva di copertura previdenziale (*población abierta*). Il Programma IMSS-

⁶³ È proprio in questi anni che inizia a delinearsi ed a costruirsi in maniera capillare, su tutto il territorio nazionale, il potere dei gruppi sindacali collegati con la crescita sempre maggiore della nuova classe del proletariato urbano. Tali gruppi saranno in grado di allargare il proprio raggio di azione e di controllo anche alle aree rurali del paese e rappresentano, oggi, uno dei principali soggetti all'interno della vita politica del paese (Abrantes Pego 1997; Tamez Gonzalez e Valle Arcos 2005).

⁶⁴ Fino alla fine degli anni '60, le esigenze sanitarie di tale popolazione hanno infatti ricevuto risposte attraverso la creazione di un sistema di attenzione medica di base attuato nelle diverse comunità del Paese dai centri coordinatori dell'*Instituto Nacional Indigenista*. Il tema della salute delle popolazioni indigene veniva dunque affrontato secondo la prospettiva delle politiche indigeniste portate avanti in tutta la Repubblica messicana, concentrando l'attenzione non tanto su un sostanziale miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, quanto piuttosto sul miglioramento delle condizioni igieniche e delle pratiche di pulizia. Il concetto di salute pubblica che si sviluppa in tale contesto riguarda soprattutto grossi interventi di prevenzione quali l'attuazione delle campagne di vaccinazione e di programmi nutrizionali. In quest'ottica l'INI si propose di introdurre la medicina scientifica nelle comunità indigene: l'intenzione, almeno a un livello teorico e programmatico, era comunque quella di rispettare le pratiche e i saperi tradizionali e di "supplire alle mancanze della medicina tradizionale senza pretendere di sostituirla" (Aguirre Beltrán 1994 [1954]: 14). In realtà la logica che sottendeva le politiche sanitarie messe in atto dall'INI a partire dagli anni '50 era favorevole ad agevolare un processo di acculturazione delle popolazioni indigene in vista di una loro integrazione alla vita nazionale (Aguirre Beltrán 1968 [1982]).

⁶⁵ Tali giornate vengono definite con il nome specifico di "*faenas*".

COPLAMAR attivo ancora oggi, con il nome di IMSS-Oportunidades⁶⁶, continua a rappresentare uno dei maggiori programmi di assistenza e di aiuto forniti alla popolazione in tutto il paese.

Una tendenza osservabile nel contesto delle riforme delle politiche sanitarie è rappresentata dalla volontà di decentralizzare il sistema sanitario del Messico. Tale strategia si iscrive all'interno del più vasto processo di decentralizzazione della vita nazionale per rafforzare l'unità del Messico a cui viene dato inizio dal programma presidenziale di De La Madrid negli anni tra il 1982 al 1988 (Hernández Chávez, 2005: 348-349). Negli anni '80, dunque, viene dato inizio al processo di consolidamento di un sistema nazionale di salute in cui i meccanismi di assegnazione e di gestione delle risorse finanziarie passano dal livello federale a quello statale e locale. Attraverso il decentramento a livello statale della gestione finanziaria della salute pubblica, che rappresenta un importante tentativo di riordinare il sistema di salute messicano nel suo complesso, la SSA riceve il compito di coordinare il processo di decentralizzazione, occupandosi in particolar modo dei servizi medici offerti alla *población abierta*.

In relazione a questa mutata prospettiva politica, nel 1983, viene promulgata la *Ley General de Salud* che stabilisce il diritto di tutte le persone a ricevere l'assistenza sociale e quella medica e ad essere partecipi dei benefici della salute pubblica. All'interno di questo processo di cambiamento e di decentralizzazione del sistema si inserisce, inoltre, la creazione dei servizi nazionali e statali di salute sotto la dirigenza della SSA, che implica il trasferimento dei servizi di salute ai singoli Stati (da cui sono attualmente gestiti in coordinazione con lo Stato federale).

Nel 2000, la vittoria delle elezioni presidenziali da parte di Vicente Fox Quesada, candidato del PAN⁶⁷, rappresenta un enorme cambiamento politico nella vita di un Paese che ha conosciuto 70 anni di governo ininterrotto del PRI⁶⁸. Il risultato del processo riformatore è

⁶⁶ Si tratta di uno dei maggiori programmi assistenziali portati avanti dal governo federale e diretti esclusivamente alle donne. Il principale obiettivo di tale programma è quello di offrire servizi sanitari gratuiti e assistenza scolastica a quelle famiglie che vivono in condizioni economiche e sociali svantaggiose e che abitano nelle zone rurali del paese. Si parlerà in seguito in maniera più approfondita di tale programma governativo (il cui "valore" politico viene interpretato da parte di molti dei miei interlocutori istituzionali come in totale contrapposizione con le politiche di pianificazione familiare e di gestione demografica).

⁶⁷ Il *Partido de Acción Nacional* è conosciuto con l'acronimo di PAN. Rappresenta il partito politico che attualmente governa il Messico. E' un partito di centro-destra che dalla sua fondazione (1939) fino al 2000, anno in cui ha vinto le elezioni per la prima volta, è sempre stato il partito dell'opposizione.

⁶⁸ Il *Partido Revolucionario Institucional* è stato per molti anni il principale partito politico messicano. Esso infatti, ha detenuto il potere nel paese per 71 anni, dal 1929 al 2000, quando è stato sconfitto per la prima volta dal PAN. Le successive elezioni del 2006 vedono una seconda vittoria del PAN con il presidente Felipe Calderon la cui politica fortemente centralista sarà ricordata per la strategia della "guerra ai narcos". Le più recenti elezioni, dicembre 2012, hanno segnato il ritorno al potere del PRI con la vittoria dell'attuale presidente Enrique Peña Nieto.

stato la creazione, nel 2003, del *Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)* il cui principale obiettivo era rappresentato dalla fornitura di un solido sostegno finanziario all'interno del campo sanitario rivolto alla popolazione esclusa dalla *Seguridad Social*.

Il *Seguro Popular*, sebbene sia stato modificato durante questo decennio, rappresenta oggi il programma governativo in base al quale viene gestita la salute da parte delle istituzioni statali e offerti i servizi medici a gran parte della popolazione messicana che vive in condizioni di marginalità.

Il *Seguro Popular* definisce un nuovo modello di attenzione medica per la popolazione non integrata ai sistemi formali della sicurezza sociale, cioè, a quella in termini tecnici è la “*población abierta*”. Attraverso questa riforma il governo federale si propone di mettere ordine all'interno del sistema di assegnazione delle risorse economiche e di dare inizio al processo di costruzione di una nuova logica dell'assicurazione pubblica per finanziare l'assistenza medica.

Attraverso tale programma nazionale il governo messicano vuole affrontare quelle criticità che ancora oggi non permettono un accesso totale al diritto alla salute da parte di tutta la popolazione: la protezione finanziaria, la democratizzazione della salute e il conseguente ampliamento della copertura sanitaria offerta dai servizi sanitari nazionali alla popolazione.

La creazione di un nuovo sistema sanitario nazionale, le cui caratteristiche fossero la qualità dei servizi, l'uguaglianza di tutta la popolazione nel campo della salute e la creazione di un meccanismo di protezione finanziaria per contrastare le spese economiche relative alla salute e alla malattia, diventa il simbolo dei cambiamenti economici, politici e sociali di cui si facevano portatrici le nuove forze politiche al governo. In questa volontà di cambiamento e di rinnovamento del paese si sentiva la necessità di fare un passo in avanti nel lungo processo di abolizione del modello sanitario segmentato, caratterizzato da un accesso ai servizi medici differenziato in base alla posizione ricoperta dalle persone all'interno del mercato del lavoro⁶⁹.

La formulazione di un programma sanitario quale il *Seguro Popular* trova una stretta corrispondenza con le direttive politiche proposte dai grandi organismi internazionali del campo della salute. A partire dalla Dichiarazione di Alma Ata, infatti, i paesi membri dell'OMS riconoscono la necessità di agire per promuovere la salute di tutti i popoli del mondo. La dichiarazione di Alma Ata rappresenta ancora oggi il punto di riferimento di quelle politiche sanitarie dirette al rispetto del diritto alla salute di tutti i popoli. In tale dichiarazione si sottolinea l'obbligo dei governi di tutti i paesi di prendersi cura della salute

⁶⁹ Per un approfondimento in merito a questi argomenti specifici rimando ai lavori di: Frenk e Gomez-Dantes e Knaut 2009; Tamez Gonzalez e Valle Arcos 2005; Tamez Gonzales e Eibenschultz 2008.

del proprio popolo, definendo come obiettivo comune il raggiungimento, nell'anno 2000, di un livello di salute che permetta ad ogni persona di avere una vita socialmente ed economicamente attiva. Secondo questa prospettiva, tutti i governi sono chiamati a formulare nuove strategie politiche ed economiche attraverso le quali mobilitare le risorse a loro disposizione per mettere in atto politiche nazionali tese a sostenere l'assistenza sanitaria. Al fine di garantire la copertura e l'accesso universale ai servizi sanitari e l'assistenza medica integrale, integrata e continua, l'assistenza sanitaria pubblica deve basarsi su alcuni presupposti fondamentali: il diritto al massimo grado di salute, l'uguaglianza (intesa come l'assenza di ingiuste differenze rispetto allo stato di salute) e la solidarietà sociale.

Il documento "*La Reforma de la Salud en México*", all'interno del quale venivano presentate le azioni prioritarie per raggiungere gli obiettivi posti dal PNS 2001-2006, si basava sul "Rapporto sulla Salute nel Mondo 2000" (OMS, 2000). In tale documento si affermava, sulla scia delle indicazioni del Rapporto sulla Salute dell'OMS, che era necessario stabilire un sistema nazionale di assicurazione sanitaria, separare il finanziamento dalla modalità di prestazione dei servizi, incentivare la partecipazione del settore privato nell'assistenza alla salute e creare un fondo nazionale della salute pubblica.

Le forze politiche al governo presentavano il progetto del *Seguro Popular* e l'approvazione della nuova *Ley de Salud* come un cambiamento politico assolutamente rivoluzionario: si metteva fine all'apartheid del sistema sanitario messicano, quello per cui si assisteva all'esclusione della metà dei messicani da tutto il sistema della sicurezza sociale.

Il *Seguro Popular*, inoltre, veniva presentato come un progetto estremamente complesso da gestire da un punto di vista tecnico. La riforma sanitaria, infatti, oltre ad avere una forte connotazione ideologica, creava un'articolazione tecnico-burocratica di enti, dalla cui efficienza e dalla cui capacità di lavorare in maniera sinergica sarebbe dipeso il funzionamento dell'intero sistema. Il nucleo familiare, la *Secretaría de Salud* (che corrisponde al potere esecutivo federale), i Regimi Statali di Protezione Sociale in Salute (che corrispondono ai governi dei singoli stati) diventano le unità su cui si fonda la raccolta di fondi; la capacità di rispettare gli obblighi che la legge prevede per ognuna di queste componenti, impegni economici e, per certi versi, etici, rappresenta una criticità di fondo dell'intero impianto di riforma. I rappresentanti del governo sentivano la necessità di comunicare l'importanza delle ragioni etiche che sostenevano il *Sistema de Protección Social en Salud*. Ciò serviva non solo a convincere la popolazione e i rappresentanti delle forze politiche della rilevanza, addirittura storica, del progetto ma, anche e soprattutto, a far

comprendere a tutti i cittadini la portata dei benefici, tanto sociali quanto economici, che avrebbe implicato il *Seguro Popular* per tutto il Paese.

Se a livello di discorso politico il *Seguro Popular* appare come lo strumento migliore per affrontare e risolvere in modo definitivo i problemi che caratterizzano il sistema sanitario messicano, sul piano delle pratiche e della gestione locale dei servizi, la nuova politica sanitaria ha creato non pochi problemi sia a coloro che offrono i servizi, sia a coloro che di tali servizi dovrebbero essere i beneficiari.

4.4 SEGURO POPULAR: impianto legislativo, burocrazie e servizi medici

Nell'articolo 77 bis della *Ley General de Salud* si definisce il *Sistema de Protección en Salud* e si afferma che: «ogni cittadino messicano, in conformità con l'articolo 4 della Costituzione, ha diritto ad essere iscritto nel *Sistema de Protección Social en Salud*, a prescindere dalla condizione sociale» (*Ley General de Salud*, art. 77 bis 1). La protezione sociale della salute viene definita come un meccanismo attraverso il quale «lo Stato garantisce l'accesso effettivo, opportuno, di qualità, senza discriminazioni e senza l'obbligo di pagamento al momento dell'utilizzazione dei servizi medico-chirurgici, farmaceutici e ed ospedalieri che soddisfino le necessità nel campo della salute della popolazione» (*Ley General de Salud*, art. 77 bis 1).

L'impianto legislativo alla base del *Seguro Popular* prevede che i governi statali ricoprano un ruolo importante nell'assistenza sociale nel campo della salute. Il *Sistema de Protección Social en Salud* è finanziato in maniera congiunta dal governo federale, dal governo dello stato e dai beneficiari stessi.

I servizi offerti dal *Seguro Popular* si dividono in servizi essenziali e in servizi di alto costo. I servizi essenziali sono quelli presenti all'interno del *Catálogo de Servicios Esenciales de Salud* (CASES), che sono offerti nelle unità di assistenza ambulatoriale e negli ospedali generali. Attualmente il *Seguro Popular* offre la copertura sanitaria per 266 interventi medici che sono inseriti all'interno di sei macro categorie: salute pubblica, visite di medicina generale e specialistica, odontologia, urgenze, ospedalizzazione e chirurgia generale. I servizi di alto costo, al contrario, sono quelli affidati agli ospedali di alta specializzazione⁷⁰. Questi

⁷⁰ «Il fondo di protezione contro spese catastrofiche fornisce risorse monetarie attraverso un fedecommesso a coloro che offrono servizi accreditati e con accordi firmati da parte di 32 unità federative, per assistere 49 malattie, che appartengono a qualsiasi categoria di quelle presenti nella seguente lista: cancro cervico-uterino, HIV/AIDS, trattamenti intensivi neonatali, cataratta, cancro di bambini e adolescenti, trapianto di midollo

ultimi corrispondono ai servizi sanitari altamente costosi che nella maggior parte dei casi sono riconducibili alle malattie più gravi o a quadri clinici estremamente complessi.

Sono considerati beneficiari del *Seguro Popular* le famiglie i cui membri soddisfano i requisiti richiesti: essere residenti sul territorio nazionale, non essere beneficiari di altri servizi di assistenza sociale ed essere in possesso della *Clave Unica de Registro de Población*⁷¹.

Il contributo economico dovuto da parte dei beneficiari del *Seguro Popular* deve essere versato anticipatamente al momento dell'iscrizione. La quota familiare è annuale e progressiva (ciò significa che aumenta ogni tre anni al momento della re-affiliazione) e viene determinata in base alle condizioni socioeconomiche di ogni famiglia.

I beneficiari hanno diritto al libero accesso ai servizi sanitari che sono amministrati dalla *Secretaría de Salud*. I servizi da prestare all'utente, secondo la legge, devono soddisfare un presupposto definito come "qualità". Ogni struttura sanitaria per essere "accreditata", cioè annessa alla rete dei servizi offerti dal *Seguro Popular*, deve soddisfare i requisiti fondamentali posti dal *Sistema de Acreditación*. Tali requisiti si possono suddividere attraverso l'utilizzo di tre categorie: *Capacidad*⁷², *Seguridad*⁷³ e *Calidad*⁷⁴.

Il meccanismo dell'accREDITAMENTO risulta essere assolutamente centrale nell'organizzazione finanziaria del sistema, poiché le risorse economiche che vengono fornite alle strutture sanitarie da parte dello Stato dipendono proprio dal loro essere accreditate o meno rispetto alla qualità del servizio. Vedremo come per esempio, un ospedale come l'O'Horán, accreditato per essere una struttura di secondo livello, svolgendo le funzioni del terzo livello di assistenza, si trovi a gestire quotidianamente servizi clinici in condizioni strutturali di grande criticità⁷⁵.

La popolazione beneficiaria per ottenere la copertura sanitaria deve contribuire economicamente, nel momento in cui decide di affidarsi al programma. L'affiliazione dei beneficiari è volontaria e deve essere effettuata nelle unità sanitarie. Coloro che vogliono iscriversi al *Seguro Popular* devono compilare un questionario sulle loro condizioni di vita dal punto di vista socio-economico. Lo studio socio-economico serve per classificare il

spinale, cancro al seno, disturbi chirurgici, congeniti e acquisiti" (traduzione mia, fonte: sito internet www.salud.gob.mx, visitato il 21/04/14).

⁷¹ Si tratta di un codice unico d'identità per tutti coloro che hanno la cittadinanza messicana, siano o meno residenti sul territorio nazionale. Corrisponde alla nostra carta d'identità.

⁷² Si riferisce alla capacità dei servizi di offrire l'assistenza medica sulla base di quello che viene incluso nel CAUSES o nel *Fondo de Gastos Catastróficos*.

⁷³ Indica la necessità di offrire una pratica medica sicura per il paziente, esprime la necessità di eliminare tutti i possibili rischi a cui potrebbe essere sottoposta una persona durante il processo di cura e, in particolare, nel periodo della sua permanenza all'interno delle strutture sanitarie.

⁷⁴ Si riferisce al continuo processo di miglioramento della qualità dei servizi che vengono offerti.

⁷⁵ Tali considerazioni, seppur in maniera meno evidente, sono valide anche per l'ospedale Materno Infantile.

reddito familiare all'interno di alcune categorie predefinite, a partire dalle quali si definisce il valore della quota che ogni contribuente deve versare al momento dell'affiliazione al sistema. Nel 2005 si dà inizio al processo di affiliazione della popolazione al *Seguro Popular*.

Dalle stime ufficiali della *Secretaría de Salud* si evince che a dicembre del 2008 la popolazione affiliata nello stato dello Yucatán corrispondeva a circa centosettantottomila famiglie. Le stime ufficiali parlano per il 2009 di più di centottantamila famiglie iscritte al programma in Yucatán e di circa dieci milioni di famiglie in tutto il Paese. Nei progetti ufficiali della *Secretaría de Salud*, l'obiettivo generale del processo di affiliazione era quello di inglobare al *Sistema de Protección Social en Salud* tutta la *población abierta* entro il 2010⁷⁶. Ad oggi si sostiene che tale obiettivo sia stato ampiamente raggiunto. Tuttavia non è possibile verificare con certezza tale dato poiché le stime che vengono fornite dall'istituzione presentano alcune discrepanze⁷⁷. In generale è plausibile sostenere che tra l'85% e il 90% di tutta la popolazione afferente alla categoria di *población abierta*, presente sul territorio messicano, sia iscritta al programma.

A partire dall'annessione delle famiglie al programma di assistenza sociale si aziona il meccanismo finanziario che rende possibile l'arrivo nelle diverse unità mediche delle risorse economiche per sostenerne i servizi. L'annessione delle famiglie nel sistema assume un'enorme importanza in termini economici, poiché il contributo che i due enti statali versano per sostenere le spese di ogni unità di servizio è direttamente proporzionale al numero delle famiglie affiliate sul territorio.

Parlare di iscrizione al programma mi porta a prendere in considerazione uno degli elementi con cui mi sono confrontata più volte nelle mie conversazioni con medici, infermieri, personale sanitario istituzionale in genere e pazienti.

Tra i primi elementi che possono essere messi in evidenza quando medici ed infermieri parlano di *Seguro Popular*, c'è la percezione che tutto il servizio che offrono agli utenti sia gratuito. Da una parte la quota di iscrizione, pagata in un momento lontano da quando si usufruisce del servizio, appare ai più talmente irrisoria rispetto ai reali costi ospedalieri da considerarla nulla. Dall'altra è anche vero che i servizi, per la maggior parte degli utenti delle

⁷⁶ Fino al 2009 è stato possibile affiliarsi al *Seguro Popular* soltanto in un lasso di tempo definito durante l'arco dell'anno. A partire dal 2009 invece, proprio per favorire l'affiliazione universale al programma, si è deciso di permettere tale operazione in qualsiasi momento e sono stati creati due programmi specifici (*Embarazo saludable* e *Seguro Médico para una Nueva Generación*) che consentono alle donne incinte e ai neonati di affiliarsi durante tutto l'anno.

⁷⁷ Non è possibile in questa sede procedere ad un'analisi dettagliata delle varie stime rispetto al raggiungimento dell'iscrizione universale, per un dibattito inerente a questa tematica rimando ai lavori di: Abrantes Pego 2011; Lankin, 2009; Laurell 2011; 2013. Tra i principali fattori che concorrono a rendere difficoltosa l'individuazione di dati numerici certi incide soprattutto la mancanza di omogeneità delle fonti statistiche di riferimento che, di volta in volta, vengono utilizzate per avallare alcune posizioni piuttosto che altre.

strutture ospedaliere prese in esame, risultano essere effettivamente gratuiti. L'utente che si rivolge a queste strutture si inserisce all'interno delle fasce di popolazione economicamente più marginali e svantaggiate e dunque all'interno di quelle categorie socioeconomiche a cui, secondo gli standard di riferimento istituzionali, non spetta nessuna quota di affiliazione da versare.

Spesso nell'immaginario collettivo di medici e personale ospedaliero il *Seguro Popular* rimanda a grandi cambiamenti: non dover pagare i servizi medici di cui si usufruisce ha portato la popolazione ad avvicinarsi alle strutture sanitarie, ampliando il raggio di azione della medicina e contribuendo a creare in essa una "cultura della salute" di cui prima era sprovvista.

È proprio nella possibilità di usufruire dei servizi medici in maniera gratuita che risiede l'importanza e l'efficacia del *Seguro Popular* per la maggior parte delle persone che ho incontrato, sia dentro che fuori dagli ospedali.

Poter usufruire di una copertura sanitaria assicurativa come quella che garantisce il programma ai suoi affiliati rappresenta, per gli utenti dei servizi, in prima istanza una "sicurezza" economica, ma anche, uno dei maggiori "successi" del governo messicano, negli ultimi anni. Per queste persone rivolgersi alle strutture ospedaliere prima dell'entrata in vigore del *Seguro Popular* implicava necessariamente dover affrontare gravi problemi di ordine economico al fine di trovare il modo per sostenere le spese richieste dall'assistenza medica. La strategia di molti consisteva nel rivolgersi alle strutture ospedaliere quando tutte le altre opzioni terapeutiche⁷⁸ erano state esplorate e si erano rivelate inefficaci.

La possibilità di ricevere trattamenti biomedici (che almeno sul piano teorico includono la fornitura dei farmaci per la terapia) e soprattutto quella di non dover pagare i servizi di ospedalizzazione ha facilitato e intensificato il ricorso alle strutture sanitarie statali da parte della popolazione. Ne è un esempio l'esperienza di due donne, Eva e Leticia, che incontro fuori dall'ospedale O'Horan dopo una visita di controllo.

Eva ha cinquantasei anni e, pur non avendo un lavoro definito secondo un contratto formale, svolge in maniera fissa l'attività di sarta e riesce a garantirsi un salario sufficiente per sostenere le spese per se stessa e per sua figlia. Leticia è la sua figlia più piccola, ha sedici anni e una bambina di otto mesi. Ha partorito con un parto cesareo prima della fine della gravidanza perché si era ammalata di *dengue* emorragico. La *dengue* è una delle malattie

⁷⁸ Faccio riferimento al ricorso all'assistenza primaria di base, alle visite specialistiche (che seppur a pagamento implicano spese di gran lunga inferiori a quelle relative all'ospedalizzazione), ricorso a terapie "tradizionali" e/o trattamenti domestici.

infettive⁷⁹ maggiormente diffuse in Yucatán e può presentare due quadri clinici diversi. Generalmente si tratta di una febbre altissima che provoca l'abbassamento delle difese immunitarie ed un forte senso di spossatezza e richiede trattamenti medici repentini per evitare di incorrere in complicazioni. Quando il quadro clinico si complica si può andare in contro a quello che viene chiamato in termini clinici *dengue* emorragico, come nel caso di Leticia. In questi casi il rischio maggiore è relazionato alla comparsa di molteplici emorragie interne che, se non si interviene in maniera tempestiva, possono portare alla morte del paziente. Quando Leticia si ammala non è iscritta al *Seguro Popular* ma può usufruire della copertura di sua madre, in quanto soggetto interno allo stesso nucleo familiare.

L: “Ora che mi sono sposata e che faccio parte di un nucleo familiare a parte mi farò il mio [il *Seguro Popular*]. Perché anche la bambina ne ha bisogno”⁸⁰.

E: “È molto meglio adesso, perché per come è successo a lei, che si è ammalata di dengue, è stato un aiuto abbastanza grande, perché non avevamo denaro per queste cose e allora ci ha aiutato molto. Qui [si riferisce al tipo di servizio offerto nella struttura] va tutto bene. Io già stavo pensando... perché la verità è che io non la volevo portare qua! La porto dal medico privato e vediamo se ne ha veramente bisogno [di essere ricoverata], perché io non la volevo portare all'ospedale... però in realtà eravamo già andate da una dottoressa e tutto e mi aveva detto che sì, che doveva venire diretta. Che non c'era altra possibilità”.

L: “Però non mi hanno fatto aspettare molto tempo qui per assistermi, mi hanno dovuto ricoverare e tutto... E mi avevano detto che o io o la bambina... cioè che una delle due sarebbe morta... però alla fine tutto è andato bene. E lei [la bambina] è dovuta rimanere qua, molto tempo... perché era piccola e allora è dovuta rimanere qua”⁸¹.

In questo caso, così come in molti altri, la garanzia economica di non dover pagare le spese dell'ospedalizzazione che, considerando il complicato quadro clinico di Leticia e la successiva ospedalizzazione della neonata, sarebbero state al di fuori della possibilità finanziare di cui dispone Eva l'ha portata a rivolgersi più facilmente e velocemente alla

⁷⁹ Malattia estremamente diffusa in Yucatán, soprattutto in ambienti poco salubri e poco puliti, dove c'è presenza di acqua stagnante. Il vettore di trasmissione della malattia sono le zanzare.

⁸⁰ In realtà sia lei sia la bambina sono già beneficiare del servizio poiché a partire dal 2006, l'affiliazione è diventata automatica per tutti i nati all'interno delle strutture sanitarie gestite dalla *Secretaría de Salud*.

⁸¹ L: “Ahorita que estoy casada y estoy a parte me voy a sacar el mio. Porque hace falta a la nina también”.

E: “Es mucho mejor ahora, porque como le paso a ella que se enfermo de dengue pues fue un ayuda bastante porque no teníamos dinero para esto y esto nos ayudo mucho. Va bien todo aquí. Yo estaba ya pensando... porque la verdad yo no la quería trear aquí! La voy a llevar a particular a ver si lo necesita en verdad [si riferisce all'ospedalizzazione] porque no la quería llevar al hospital... pero de hecho ya había ido yo con una doctora y todo y me dijeron que sí, tenía que venir de una vez. Y que no había otra posibilidad”.

L: “Pero no tardaron mucho aquí en atenderme y me tuve que ingresar y todo... Y me habían dicho que yo o la niña... o sea que una de las dos se iba a morir... pero pues al final todo salió bien. Y ella se quedó aquí, mucho tiempo... Es que estaba pequeña y se tuvo que quedar...”. [Intervista 05/03/12]

struttura ospedaliera. In un'altra circostanza la donna sarebbe stata in ogni caso obbligata a rivolgersi all'ospedale ma lo avrebbe fatto, plausibilmente, quando le condizioni di salute di sua figlia si sarebbero aggravate ancor di più. Ciò avrebbe sicuramente influito sulle possibilità di successo delle terapie e di raggiungimento della cura.

La questione della gratuità dei servizi allo sguardo etnografico appare più opaca e articolata di quanto sia se ci limitiamo a prendere in considerazione solo la sua definizione burocratica-amministrativa. Nella pratica clinica la nozione di "servizio gratuito", riferita all'ospedalizzazione, richiede una serie di aggiustamenti o almeno di considerazioni più approfondite. L'utente, infatti, non è tenuto a pagare le spese cliniche del suo trattamento, sempre e quando non decida di essere dimesso volontariamente. Le dimissioni volontarie non sono contemplate come possibilità percorribili per un paziente che viene ricoverato seguendo il regime del *Seguro Popular*. Mi spiego meglio, spesso durante la mia frequentazione dei reparti di ginecologia ho incontrato donne che avrebbero voluto lasciare la struttura per tornare a casa, soprattutto dopo essere state sottoposte ad interventi di isterosuzione o isterotomia⁸². Nessuna di queste donne però ha mai richiesto di essere volontariamente dimessa: in poche avrebbero potuto permettersi di pagare le spese richieste e, anche in questi casi, non l'avrebbero mai fatto, ritenendo tale scelta come un inutile spreco di risorse economiche che invece dovevano essere risparmiate ed investite in altro modo.

È vero che i tempi di ricovero per ogni singolo paziente sono sempre quelli strettamente necessari alla terapia ospedaliera. Generalmente, le pazienti vengono dimesse quanto prima e raramente restano in ospedale se non si ritiene che ciò sia strettamente necessario per il loro benessere. L'intersezione tra l'alta domanda di servizi da parte della popolazione e le forti carenze delle strutture mediche implicano una gestione clinica delle degenze basata sulla logica della riduzione di tempi e costi da investire su ogni singolo paziente.

Questa gestione sanitaria è basata su una logica che ha come soggetti protagonisti e attivi all'interno degli spazi ospedalieri non tanto i pazienti (che pur dovrebbero esserlo) quanto piuttosto i medici e il personale sanitario in genere. Intervenire, burocraticamente e quindi praticamente, sulla possibilità (di scelta o meno) della dimissione volontaria da parte di un paziente significa lasciare tutto il potere di questa decisione in maniera non discutibile, né negoziabile, nella mani del medico. Significa anche garantire una maggiore tutela al medico, e in generale all'istituzione sanitaria, piuttosto che al paziente. Avere un controllo totalitario sul percorso terapeutico garantisce al medico di essere maggiormente tutelato da qualsiasi problema di ordine medico-legale ed alla struttura sanitaria di diminuire il rischio di incorrere

⁸² Generalmente praticata per aborti spontanei in età gestazionale avanzata.

in complicazioni dei quadri clinici di pazienti che tornando a rivolgersi alla struttura, in un secondo momento, implicherebbero un dispendio ancora maggiore di investimenti (professionali ed economici) su una stessa persona.

Riflettere su queste modalità di gestione delle dimissioni e su quanto la “libertà di scelta” per un utente del *Seguro Popular* sia fortemente limitata alle sue possibilità economiche rende evidente come questi utenti si trovino ad usufruire di servizi che si definiscono a partire da una logica assistenzialistica che occulta dinamiche governative fortemente discriminatorie tra il cittadino che può permettersi di coprire le proprie spese mediche e chi invece non ha questa possibilità. Dimissioni decise dal personale medico non lasciano al paziente molta possibilità di negoziazione all’interno di questa specifica economia della salute.

Il quadro di analisi diventa ancora più articolato se inseriamo un altro elemento. Per ogni intervento chirurgico a cui viene sottoposto un utente (i parti cesarei sono tra questi) la struttura sanitaria richiede la disponibilità minima di due sacche di sangue necessarie ad esse utilizzate nei casi in cui si richieda una trasfusione. Se questa è la norma regolamentare, a seconda delle necessità e delle situazioni cliniche, si possono utilizzare maggiori o minori quantità di sangue. In seguito all’intervento chirurgico, ad ogni paziente viene richiesto di restituire, nella banca di sangue della struttura, la quantità di sangue che è stata utilizzata per la trasfusione a cui è stato sottoposto. Generalmente uno dei familiari del paziente si sottopone alla donazione del sangue per compiere con questo requisito, spesso però (quando non si riesce a trovare la disponibilità di un familiare o quando quest’ultimo per qualsiasi motivo clinico non viene considerato adatto alla donazione) le persone devono ricorrere all’utilizzo di altri canali per ottenere la quantità di sangue richiesta. In Yucatán, così come in tutto il Messico, esiste una rete di servizi alternativi che permettono alle persone di acquistare privatamente il sangue che poi sarà restituito alla struttura ospedaliera⁸³. Il sangue deve essere quindi “comprato” e tale operazione soprattutto quando le risorse economiche sono scarse non è sempre così lineare o rapida da compiere.

Ma qual è la relazione tra la necessità di restituire il sangue e le dimissioni del paziente?

⁸³ Durante la mia ricerca non mi sono occupato di analizzare in maniera dettagliata quello che potremmo definire il “mercato del sangue” a livello locale. È importante capire quanto questo elemento influisca sull’economia della salute, sia intesa nella sua dimensione privata e domestica che nella sua dimensione pubblica e politica. Il sangue non viene comprato direttamente come se fosse un bene materiale. La logica su cui si basa questo “mercato” è quella di pagare, privatamente, una persona che volontariamente si offrirà di “donare” il sangue presso la banca dell’ospedale. Si verifica dunque una sovrapposizione di molteplici piani. La somma da pagare è direttamente proporzionale alla quantità di sangue richiesta dalla struttura, generalmente per una sacca di sangue si possono pagare minimo 500 pesos, più spesso tra i 1000 e 1500 pesos. Il salario medio-alto di una persona corrisponde a 450/600 pesos alla settimana.

“Es que si no devuelves la sangre no te dejan salir!”⁸⁴. Così come mi è stato detto da una delle tante donne ricoverate nel reparto di ginecologia a seguito di un parto cesareo. Gloria, come la maggior parte delle pazienti ricoverate, non viene dimessa fino a quando uno dei suoi familiari non ha provveduto alla restituzione del sangue. Spesso il sangue viene restituito in tempi rapidi ma, a volte, può rappresentare un grave problema da dover risolvere. Gloria è stata ricoverata in ospedale tre giorni in più rispetto alla procedura standard proprio perché suo marito aveva avuto difficoltà nel trovare i soldi necessari per acquistare e restituire il sangue che era stato utilizzato per l'intervento di sua moglie.

J: “[Il problema] è che io non lo posso donare e che sua sorella più piccola potrebbe perché già lo ha fatto in un'altra occasione, però lei non può arrivare fino a qua... e questo... adesso ho messo insieme un po' di soldi e lo vado a cercare. [...] Va bene... Il *Seguro* va bene, l'unica cosa è che dopo devi spendere per questo... ed è una spesa grossa per noi.”⁸⁵

Gloria e Juan non sono di Mérida ma di una comunità nella zona sud dello Stato a 4-5 ore di distanza. Gloria è stata ricoverata d'urgenza per problemi legati all'innalzamento della pressione e all'anemia, presentando quindi un quadro clinico abbastanza comune tra le donne con cui ho condotto la ricerca: minacce di aborto ed eclampsia. Dopo il parto ha deciso di farsi sterilizzare per evitare di correre ulteriori rischi con un'eventuale gravidanza futura. Ha già due figli, lei non ha un lavoro, si occupa della casa e dei bambini. Suo marito, invece, lavora come muratore ma senza un contratto di lavoro definito che gli possa garantire un altro tipo di assistenza sanitaria. L'ho incontrata perché il suo caso mi era stato segnalato da una delle assistenti sociali che lavorano nel reparto di ginecologia ed ostetricia. Secondo Martha, una delle assistenti sociali responsabili del reparto, questo poteva essere un caso interessante per me: si trattava di una coppia che stava avendo particolari difficoltà con la restituzione del sangue e, considerando la necessità di posti letti, questa circostanza stava creando non poche difficoltà al reparto. Parlandomi del loro caso, Martha mi aveva comunque detto che avrebbero proceduto alle dimissioni anche nel caso in cui non fossero riusciti a restituire il sangue perché, vista la mole di lavoro, il reparto non poteva permettersi di continuare ad occupare un posto letto senza una reale necessità clinica.

Generalmente gli ospedali sono sovraccarichi di lavoro e di pazienti. Nonostante si tenda ad affermare che l'assistenza medica e i servizi sanitari offerti continuino ad essere uguali a quelli di prima, quando cioè la popolazione ancora non si rivolgeva come ora alla strutture

⁸⁴ Intervista a Gloria il 09/09/12.

⁸⁵ “Es que yo no lo puedo donar y su hermanita podría porque ya lo ha hecho en otra circunstancia pero no puede llegar hasta aquí... y esto... ahora he juntado el dinero, y lo voy a buscar. [...] está bien... El Seguro está bien lo único es que luego tienes que gastar para esto... es un gasto para nosotros” [Intervista 10/ 09/12].

ospedaliera, ad un'analisi più approfondita appare chiaro che l'aumentare del numero degli utenti ha comportato una forte diminuzione della qualità dell'assistenza.

Una delle criticità maggiormente sentite dal personale medico è quella dell'aumento del “peso del lavoro”, in assenza di una correlazione tra quella che è la domanda di servizi e l'offerta reale che invece l'ospedale può garantire. Il numero dei componenti del personale medico e infermieristico presente all'interno degli ospedali non è stato incrementato in maniera congiunta con l'aumento del numero dei pazienti che alle strutture fanno riferimento. Le contraddizioni tra la progettazione teorica del *Seguro Popular* e la sua applicazione pratica hanno contribuito, in questo modo, a rendere difficoltosa la gestione dei servizi sanitari da parte del personale ospedaliero.

Se l'obiettivo principale della politica governativa era quello di raggiungere la più ampia popolazione all'interno del *Seguro Popular*, esso è stato raggiunto con ottimi risultati. D'altra parte, però, la mancanza di un coordinamento tra tale operazione di coinvolgimento e le limitate possibilità pratiche di potenziamento delle strutture sanitarie dello Stato hanno trasformato lo spazio ospedaliero in quello che metaforicamente viene definito come “un'area di guerra”⁸⁶. L'immagine descritta da uno dei ginecologi del reparto non rimanda tanto a quella di una struttura ospedaliera ordinata, pulita e asettica, quale dovrebbe essere per rispondere alle esigenze di salute della popolazione, quanto piuttosto a quella di un luogo in cui deve essere gestita un'emergenza sanitaria, emergenza che, in questo caso, è parte della quotidianità clinica. “In alcuni casi siamo arrivati ad avere i lettini persino per terra. Sei venuta quando c'erano i lettini per terra? L'anno scorso c'erano donne incinte così, buttate per terra, sui materassini. Eravamo come pazzi, sembrava una fabbrica di cioccolato, in seria stavano uscendo [i neonati]”⁸⁷.

Sembra che l'ospedale, proprio come una fabbrica di cioccolato, si costruisca a partire da tempi e ritmi dettati da una logica produttiva piuttosto che da quella dell'assistenza sanitaria che però come ogni gestione aziendale deve essere produttiva. È la logica della produttività economica a non andare nella stessa direzione della logica dell'assistenza medica.

L'analisi del materiale etnografico ha messo in luce quanto, per tutti gli attori in campo, i problemi strutturali degli ospedali e la mancanza di un adeguato numero di operatori abbiano delle gravi conseguenze sulla pratica clinica e sulle possibilità di offrire un servizio medico di qualità.

⁸⁶ Il medico si riferisce alle donne che vengono ricoverate nel reparto di ginecologia, reparto in cui si riscontra la maggiore saturazione del servizio.

⁸⁷ “[...]En ocasiones hemos llegado a tener camas hasta en el suelo. ¿Has venido cuando teníamos en el suelo? El año pasado teníamos mujeres embarazadas así en el suelo, así en camitas, en colchonetas. Estábamos como locos, parecía fabrica de chocolate, en serie estaban saliendo...” [Entrevista 26/09/13].

Gli spazi ospedalieri risultano essere insufficienti per accogliere il numero di pazienti che si rivolge alla struttura, soprattutto per le questioni ginecologiche relative all'assistenza del parto. Di recente, proprio per le difficoltà che le strutture sanitarie si trovano a dover affrontare quotidianamente, si sono verificati casi di pazienti che già in travaglio non sono state assistite in tempo, arrivando a partorire in spazi diversi da quelli preposti⁸⁸.

Tali condizioni strutturali hanno delle grosse implicazioni anche sulle scelte cliniche compiute da parte del personale medico. In alcuni circostanze, per esempio, si preferisce ricorrere al parto cesareo poiché tale pratica facilita una gestione razionale delle risorse e un'accelerazione dei tempi di assistenza per ogni singola paziente. Ciò comporta, e in parte spiega, l'alta prevalenza, in percentuale, dei parti cesarei rispetto a quelli naturali. Tale dato è riscontrabile sia all'interno delle statistiche che mi sono state fornite delle strutture ospedaliere in cui ho svolto la ricerca, sia all'interno delle statistiche effettuate da alcune organizzazioni non governative presenti sul territorio nazionale⁸⁹.

Le sale operatorie del servizio di ginecologia e ostetricia e le sale parto sono sempre estremamente affollate. Eva per esempio mi racconta che quando lei ha partorito: “Dentro eravamo tre, mi sembra, e fuori c'erano circa sei signore che stavano aspettando... e partorire un bambino non è come dire: “Ah aspetta!”. Perché non lo puoi fare. E se nasce è dove ti trovi”⁹⁰. Eva ha partorito alle tre di notte, un orario che generalmente viene considerato dal personale medico, molto tranquillo, con una minore richiesta di assistenza.

Le pazienti, anche quando è già iniziato il travaglio, aspettano fuori dalla sala operatoria fino a quando non si libera qualche posto o fino a quando la loro condizione non evolve e non è più possibile rimandare l'intervento medico. Può succedere che pazienti in travaglio partoriscono nella sala di attesa antistante all'area chirurgica. Tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014, si sono verificati vari casi di questo tipo destando l'attenzione dei mezzi di comunicazione e l'interesse dell'opinione pubblica. Si tratta di un fenomeno che non riguarda in maniera esclusiva gli ospedali presi in considerazione all'interno del mio lavoro di ricerca ma, in generale, la maggior parte degli ospedali gestiti secondo il regime del *Seguro Popular* a livello nazionale. Per questi, ed altri motivi, è iniziata una campagna di sensibilizzazione

⁸⁸ Tale fenomeno sembra essere sempre in maggiore aumento e non interessa solo le strutture ospedaliere dello Yucatán ma in generale anche quelle di altri stati. Negli ultimi due anni vari casi si sono verificati negli stati di Oaxaca, di Guerrero, Chiapas e Guanajuato (Gire, Informe 2014).

⁸⁹ Di tali questioni mi occuperò in maniera più approfondita nei prossimi capitoli. È importante tenere presente che la percentuale di parti cesarei effettuati corrisponde al 49% rispetto al totale dei parti operati. Le raccomandazioni ufficiali dell'OMS vorrebbero che la percentuale di parti cesarei non superasse il 15%. Secondo alcune stime, lo Yucatán sembrerebbe essere lo stato con più alta percentuale di parti cesarei di tutta la Repubblica (Gire, Informe 2014).

⁹⁰ “Adentro erabamos como 3 y afuera había como 6 que estaban esperando (alle tre di notte!). y tener un bebe non es como decir, ay espérate, porque no lo puedes hacer. Y si va a nacer y donde estes”.

sociale portata avanti da diverse associazioni femministe in tutti gli Stati del paese. L'obiettivo è quello di monitorare le condizioni di assistenza al parto per documentare e denunciare i casi di quel fenomeno, abbastanza diffuso all'interno delle strutture mediche statali, che è stato definito "violenza ostetrica"⁹¹.

I problemi e le difficoltà riconducibili alle carenze strutturali dell'ospedale, alla mancanza di personale o alla scarsità delle risorse finanziarie sono molteplici e non riguardano esclusivamente le specializzazioni di ginecologia ed ostetricia ma, più in generale, tutte le unità operative. Si va dall'assistenza medica che risulta non essere adeguata, al numero eccessivo di visite che vengono richieste quotidianamente, alle difficoltà logistiche nella gestione dei pazienti nella struttura, fino ad arrivare alla mancanza del materiale sanitario necessario o di medicine che, secondo quanto affermato sulla carta, dovrebbero essere fornite ai pazienti dall'ospedale. Spesso, quello che succede all'interno di una realtà medica come quelle che qui vengono prese in considerazione, è che le scorte di medicine a disposizione dell'ospedale sono nettamente inferiori alle esigenze e alle richieste dei pazienti. Nei casi in cui le medicine non possono essere fornite dalla struttura ospedaliera le persone sono costrette ad acquistarle; spesso però, non potendo sostenere la spesa economica ne fanno a meno, con gravi conseguenze sul proprio stato di salute.

Tutti gli attori del campo della salute sono perfettamente consapevoli del fatto che all'interno del sistema di protezione sociale in salute vengono offerti servizi non di qualità. Dal punto di vista del personale sanitario il numero di pazienti che esso si trova ad assistere è nettamente superiore a quello a cui sarebbero in grado di offrire un servizio adeguato. Le persone che ho incontrato hanno spesso espresso un malcontento generale e un senso di frustrazione nel trovarsi a lavorare in condizioni che non rispondono alle esigenze di nessuno, né di coloro che forniscono l'assistenza né di coloro a cui essa è diretta. Inoltre, in una tale situazione lavorativa i medici lamentano un livello di stress eccessivamente alto che, insieme alla mancanza del tempo necessario da dedicare ad ogni paziente, può avere conseguenze estremamente problematiche: gli errori medici.

Esiste una stretta correlazione tra gli errori che il medico può commettere, le condizioni generali in cui egli si trova ad operare, la mancanza di tempo e il numero eccessivo di pazienti a cui egli è chiamato a dare la giusta attenzione. Se da una parte tali affermazioni potrebbero

⁹¹ L'associazione promotrice di questa campagna si chiama GIRE. Ne parlerò in maniera più approfondita all'interno di questo lavoro. Si occupa di salute e diritti sessuali e riproduttivi ed è operativa a livello nazionale in ogni Stato del paese. "La violenza ostetrica è una forma specifica di violazione dei diritti umani e riproduttivi delle donne, includendo i diritti all'uguaglianza e alla non discriminazione, all'informazione, all'integrità, alla salute e all'autonomia riproduttiva. Si genera nell'ambito dell'assistenza medica alla gravidanza, al parto e al puerperio ed è il prodotto di un intreccio di fattori tra cui la violenza istituzionale e la violenza di genere" (Gire 2003).

suonare come una giustificazione di quelle che sono a volte le carenze dell'operato medico, dall'altro esso rappresenta un timore che i medici sperimentano continuamente, timore che è amplificato dalla consapevolezza di dover gestire una situazione fuori dal proprio controllo.

4.5 SEGURO POPULAR: gestione clinica

La posizione dei medici in merito al *Seguro Popular* è abbastanza omogenea. Come appartenenti alla stessa categoria professionale essi esprimono un malcontento che supera la sfera delle considerazioni personali. Le critiche mosse alle politiche governative riguardano sicuramente la gestione pratica dei servizi ma riguardano, soprattutto, un processo politico che ha portato alla definizione di un sistema sanitario in cui, all'aumentare della mole del lavoro e delle responsabilità professionali, non è corrisposto un riconoscimento istituzionale, anche dal punto di vista salariale. Gli stipendi di questi medici, certamente non irrisori, sono rimasti immutati nonostante essi debbano lavorare molto di più rispetto a quanto facessero prima.

Tuttavia chi entra per la prima volta all'interno di un qualsiasi reparto di un ospedale di terzo livello gestito dalla *Secretaría de Salud* rimane abbastanza sorpreso dalla giovane età dei medici con cui, nella maggior parte dei casi, si troverà a relazionarsi. La gestione dei servizi all'interno di questi ospedali, infatti, viene spesso derogata da parte dei medici di base⁹² ai giovani specializzandi. Gli specializzandi che sono nelle fasi più avanzate e che hanno quasi terminato il proprio percorso di studio sono responsabili di gestire i servizi e sono tenuti a rivolgersi ai medici di base nei casi in cui si verifichino complicazioni o problemi di cui non possono farsi carico. "I medici di base non ci sono mai, non si vedono mai... però se succede qualcosa e loro ci devono essere... perché altrimenti la responsabilità è loro, anche a livello legale, puff... subito compaiono!"⁹³.

La formazione degli studenti di medicina, sin dai primi anni dell'università, è caratterizzata da un percorso di studio che si articola attorno ad una gerarchia, quasi militare, di ruoli e funzioni, tra ogni singolo livello. All'interno di ogni struttura ospedaliera la gerarchia si

⁹² Ogni medico che all'interno delle diverse unità operative è assunto con un contratto a tempo indeterminato da parte della *Secretaría de Salud*.

⁹³ "Nunca estan, nunca se ven... pero si pasa algo que tienen que estar... porque si no la responsabilidad es de ellos y a nivel legal tambien, puff ... de repente aparecen!". Elide, assistente sociale responsabile del servizio di pianificazione familiare dell'ospedale O'Horan.

articola in maniera piramidale dall'alto verso il basso: il medico di base, gli specializzandi R4, R3, R2, R1, gli interni e, infine, gli studenti di medicina.

La gestione ospedaliera si definisce in relazione alla duplice necessità di insegnamento e di apprendimento dei futuri medici. La responsabilità dell'assistenza che viene fornita all'utente del *Seguro Popular* è lasciata quasi completamente nelle mani di giovani medici piuttosto che di medici che hanno già esperienza. Quando si definisce la qualità dei servizi si devono quindi prendere in considerazione anche questi elementi. Nella maggior parte dei casi i medici di base delle strutture gestite dalla *Secretaría de Salud* lavorano anche all'interno delle grandi cliniche private. Come è ovvio, all'assistenza in queste cliniche possono accedere solamente coloro che hanno le possibilità economiche per sostenere le spese dei servizi o che godono di una qualche forma di assicurazione medica privata. In questo senso, se pensiamo che i professionisti della salute sono gli stessi in ambito pubblico che in quello privato, la qualità dell'assistenza non dovrebbe essere diversa. La differenza si gioca proprio sulle condizioni strutturali dei servizi offerti. Tali differenze, inoltre, esistono non solo tra servizio privato e servizio pubblico ma anche tra le due strutture, entrambe pubbliche, in cui ho condotto la ricerca.

Lucia l'ho conosciuta qualche ora dopo il parto e mi racconta: "Beh... la verità con il medico non lo so, non so se è perché era lui che stava... perché io avuto due esperienze precedenti nel materno e non so se c'era tanto stress [come qui] perché c'era moltissima gente e allo stesso modo rapidamente si potevano innervosire e spazientire molto, però molto. E mi rendevano ancora più nervosa mentre avevo le contrazioni e stavo in travaglio. [Nel materno] quando già non ci sono posti le mandano qui, però qui non possono rifiutare le persone, cioè in qualsiasi modo lo devono fare e quindi qui c'è sempre molta più gente. Qui devono trovare un modo però ti devono assistere. Perché non è la stessa cosa come lavora uno che sa che ha tempo a sufficienza per stare con una paziente e uno che deve stare con una paziente e poi con un'altra e con un'altra e tutte hanno gli stessi dolori e quindi, insomma, si stressano di più"⁹⁴.

Lucia è stata ricoverata per il suo terzo parto. I primi due figli sono nati nell'ospedale Materno ma questa volta, a causa di mancanza di posti, è stata trasferita all'O'Horán. Il suo terzo parto avviene in condizioni diverse rispetto a quelli precedenti e sebbene Lucia sia

⁹⁴ E: "Pueeeees... la verdad con el medico no se, no se si es que el estaba... como que yo he tenido dos experiencias anteriores en el materno y no se si era tanto estres porque igual había muchísima gente y de repente igual se desesperaban mucho, pero mucho. Y me ponía mas nerviosa. En labor de parto. Es que alla cuando ya no tienen lugar los mandan por aca, pero aquí, ellos no pueden rechazar a la gente, osea de alguna manera lo tienen que hacer, entonces aquí siempre hay muchas mas gente. Aquí tienen que buscar como pero te tienen que atender. Porque no es lo mismo como trabaja uno que sabe que tiene tiempo para estar con una persona a como uno que tiene que estar con uno y con otro y con otro y que todos tienen dolor y pues se estresan mas" [Entrevista 10/05/2013].

consapevole di quanto l'atteggiamento del medico abbia influenzato la sua esperienza del parto "rendendola ancora più nervosa" allo stesso modo è in grado di distinguere tra il piano della responsabilità personale del medico e quella relazionata alle condizioni generali della struttura.

La mancanza di risorse economiche non ha permesso di migliorare le condizioni strutturali in cui versa l'ospedale; allo stesso tempo non esiste una buona gestione del meccanismo burocratico dell'affiliazione in grado di controllare che il servizio offerto sia diretto esclusivamente a quelle persone che, almeno a livello teorico, sono i beneficiari del servizio offerto dal *Seguro Popular*.

Sembra che l'obiettivo ultimo del *Seguro Popular* sia in realtà riconducibile ad una volontà politica precisa. Il governo si appropria del discorso sul diritto alla salute per costruire l'immagine di uno Stato che assiste e si prende cura della popolazione nella sua totalità e non solo, o non specificamente, di quella parte che sembra avere una reale necessità dell'appoggio governativo.

L'assistenza sanitaria a tutta la popolazione veicola l'immagine di uno Stato benevolo e assistenzialista nei confronti della popolazione, di tutta la popolazione e non solo di una sua parte di essa. L'ideologia politica su cui si fonda la "politica populista" diventa lo strumento del potere governativo per gestire e regolare il campo della salute, dall'altra lo strumento strategico utilizzato dai cittadini per inserirsi all'interno dei meccanismi di controllo di salute e agire su di essi. Da tale ideologia discende la volontà politica di offrire l'immagine di un programma di assistenza per la salute in cui non esistono ostacoli burocratici frapposti tra i cittadini e lo Stato.

Attraverso il *Seguro Popular* in Messico si è creato un sistema in cui la salute diventa un problema eminentemente di ordine finanziario⁹⁵. Tale modalità di pensare alla salute può rappresentare, forse, una strategia vincente in contesti in cui esiste già una rete di servizi sanitari e di strutture mediche in grado di rispondere alle esigenze della popolazione e si ha la possibilità di fondare la gestione finanziaria della salute su risorse umane e strutturali già consolidate. Non è questo però il caso del Messico.

Dopo più di un decennio dall'inizio del *Seguro Popular*, in Yucatán non sono state costruite nuove strutture sanitarie, né si è investito nelle risorse umane. Il dubbio è che la mancanza di investimenti e di volontà di miglioramento delle strutture sia una strategia atta a indebolire le strutture pubbliche e a spingere gli utenti verso strutture semi-convenzionate alle quali già si è iniziato ad appaltare la gestione di una serie di servizi.

⁹⁵ Per un'analisi incentrata sulla prospettiva dell'economia politica del *Seguro Popular* rimando a: Barofsky 2011; Lakin 2009; Laurell 2010.

In base all'attuale sistema finanziario quello che si sta verificando, in Messico, è che gli stati più poveri, come per esempio lo Yucatán, sono quelli in cui la mancanza di infrastrutture mediche è maggiore e la possibilità di investire nelle spese della salute pubblica è minore. Questi, però, sono anche gli stati con la maggiore percentuale di *población abierta* e dunque con il numero più alto di beneficiari del *Seguro Popular*. Sembra che questo tentativo di decentralizzare il sistema sanitario, abbia causato un acuirsi delle disuguaglianze. Gli stati più ricchi e con meno popolazione indigente (come per esempio il Nuevo León, Monterrey e altri) saranno in grado di offrire una copertura effettiva⁹⁶ ai propri cittadini. Gli stati più poveri, quelli con la percentuale più alta di popolazione che vive in condizioni di forte marginalità economica, politica e sociale (come ad esempio Yucatán, Chiapas e Oaxaca) saranno in grado di offrire servizi sanitari di minore qualità e una copertura sanitaria più teorica che effettiva.

Se le risorse si muovono dal governo federale verso i governi statali in base al numero di affiliati, è vero che stati più poveri, avendo più iscritti, riceveranno maggiori risorse, ma è vero anche che tali stati avranno bisogno di maggiori investimenti per creare la rete di infrastrutture sanitarie adeguata a gestire il raddoppiarsi della domanda sanitaria da parte della popolazione. Inoltre, questa popolazione iscritta, rappresentando la fascia più povera, spesso beneficia del Seguro Popular versando una quota irrisoria che non è sufficiente a rappresentare la base del budget su cui si fonda tutto il sistema assistenziale.

La mancanza di un meccanismo di controllo sulle reali necessità della popolazione, le disfunzioni nella gestione delle pratiche di iscrizione al *Seguro Popular* la sovrapposizione di enti e programmi assistenziali induce a riflettere sui motivi che ostacolano il superamento dalla struttura segmentata di accesso alla salute. La “salute povera” viene, infatti, indirizzata alla popolazione povera, provocando un acuirsi delle differenze e delle disuguaglianze economiche, politiche e sociali che da sempre caratterizzano il contesto messicano.

Da quanto affermato finora sembrano non esserci stati negli ultimi anni i presupposti teorici, la volontà politica e le possibilità pratiche per portare avanti il progetto del *Seguro Popular* rispettando il modo in cui era stato definito dal punto di vista legislativo. Se la legge postula l'offerta di un'attenzione medica il cui compimento implica la disponibilità di un servizio sanitario di qualità, sia dal punto di vista delle risorse umane che da quello delle infrastrutture, in entrambi i casi esistono enormi carenze che non permettono una reale e valida attuazione di

⁹⁶ Con l'espressione copertura effettiva mi riferisco alla possibilità *reale* di accedere a servizi sanitari adeguati, in contrapposizione alla possibilità *pura* della “copertura universale”, proposta dal governo messicano come l'obiettivo principale da raggiungere attraverso la riforma, basata su definizione aprioristica.

tale offerta. Attraverso il *Seguro Popular*, infatti, lo Stato ha creato aspettative da parte della popolazione circa la salute che spesso non possono essere soddisfatte.

4.6 Una salute di qualità: articolazioni burocratiche, servizi medici e categorie *morali*

Riconoscere l'importanza de "la qualità della salute" non è funzionale soltanto ad una migliore gestione dell'assistenza medica, diventa anche una strategia interna agli ospedali per ottenere quei finanziamenti che almeno fino al momento della ricerca gli erano negati. L'ospedale O'Horán, come ho già detto, nonostante fornisca servizi medici come struttura di terzo livello interna al sistema del *Seguro Popular*, da un punto di vista burocratico non è ancora stato certificato in maniera ufficiale.

Nel 2006, alla fine del mandato politico della classe dirigente che aveva implementato la riforma sanitaria, le difficoltà poste dal *Seguro Popular* erano evidenti per molti degli attori interni al campo della salute: agenti istituzionali-governativi, operatori sanitari e pazienti.

Nonostante ciò, il *Seguro Popular* continua ad essere operativo. Durante il governo di Felipe Calderon (2006-2012) il programma non solo è stato mantenuto, nonostante fossero già evidenti i problemi di gestione e il fallimento di alcuni presupposti fondamentali. Sono stati inoltre aggiunti nuovi elementi: il servizio assicurativo per tutti i neonati, nati a partire dal 2006, e la strategia *Embarazo Saludable* (il cui obiettivo è quello di assicurare l'assistenza medica durante la gravidanza e durante il parto a tutte le donne che si rivolgono alle strutture mediche gestite dalla *Secretaria de Salud*). Tali elementi che hanno comportato un'ulteriore frammentazione e segmentazione del sistema e alla generazione di nuove forme di disuguaglianza all'interno del campo della salute (Valencia 2011 in Uribe-Gomez e Abrantes Pego 2013).

“[Il Seguro Popular] sì ce l'ho, da quando sono rimasta incinta per la prima volta. Perché io veramente non lo volevo, perché avevo pensato di andare, partorire e pagare e basta. Però in realtà non si può fare perché adesso è diventato come una legge, come che tutti devono avere il *Seguro Popular*, perché anche i bambini che nascono devono avere il *Seguro Popular* e già ce l'hanno quando nascono. E quindi quando ho iniziato ad andare in ospedale mi hanno detto che dovevo iscrivermi. I miei figli anche ce l'hanno ma in realtà non lo usano perché se si ammalano li porto dal medico privato. Sì, perché al *Seguro* ci va troppa gente e quindi ci sono volte che fai la fila per prendere l'appuntamento, poi bisogna aspettare fino a quando ti danno

l'appuntamento e ti fanno la visita e poi devi fare la fila il giorno della visita e insomma no. Poi io anche preferisco andare dal medico specialistico perché alla fine è più veloce ed è molto più vicino a casa mia e prendendo in considerazione i costi per arrivare fino agli ospedali, non ha senso, e diventa anche pure più economico. Ed è molto più fattibile che io vada lì e non venga qua, perché per esempio dove vivo io c'è solo un trasporto pubblico alle sette di mattina e uno alle dodici, però se prendo quello delle sette non torno a casa prima dell'una e invece se prendo quello di mezzogiorno, quando arrivo già non mi visitano più. Ci sarebbe anche chi mi potrebbe accompagnare però, alla fine di mattina, che è quando fanno più visite anche le altre persone lavorano”⁹⁷.

Patricia, a 31 anni, è madre di tre bambini e, quando è nato il primo figlio, non avrebbe voluto affiliarsi al *Seguro Popular* ma non ha potuto fare altrimenti. La possibilità che Patricia scelga la struttura ospedaliera dove partorire e farsi seguire durante la gravidanza, pagando le spese della sua assistenza medica, non è prevista dalla legge di salute. Avrebbe potuto compiere questa scelta solo all'interno di altre strutture mediche private, dovendo affrontare una spesa di gran lunga maggiore a quella prevista dai servizi statali. La sua storia mi sembra interessante perché questa paziente è diversa da quelle che ho generalmente incontrato durante le mie giornate di etnografia ospedaliera. Patricia è una veterinaria, ha un livello di istruzione abbastanza alto, ha frequentato l'università e lavora nell'azienda agricola familiare⁹⁸. Il suo reddito quindi la obbliga a pagare una quota di affiliazione al *Seguro Popular* che è più alta di quella versata dall'utente che generalmente si rivolge alle strutture in cui ho lavorato. Per lei, l'iscrizione è solo un dispendio di risorse economiche per usufruire di un servizio che solo in casi eccezionali tornerà ad utilizzare.

La strategia governativa (ampliare le modalità dell'iscrizione per raggiungere in tempi più veloci la copertura sanitaria universale) rappresenta un elemento che limita le possibilità di scelta di alcuni soggetti contribuendo ad amplificare quei meccanismi di esclusione e di disuguaglianza sui quali la struttura del sistema di salute si basa. In questo caso, nonostante ci

⁹⁷ E: “Si lo tengo desde cuando me embaraze la primera vez. Porque yo realmente no lo quería, porque pensé pues voy me alivio y pago y ya, pero realmente no se puede porque ahorita no se puede porque es como una ley que todas las personas tienen que tener seguro popular porque los niños que van a nacer necesitan tener seguro popular y lo tienen ya. Y cuando empecé a ir al hospital me dijeron que tenía que inscribirme. Y mis hijos también lo tienen pero realmente no lo usan porque si se enferman los llevo al particular. Si porque en el seguro como va mucha gente en muchas ocasiones tienes que hacer colas para sacar una ficha, luego tienes que esperar a que te atiendan y pues para esto... Y yo también prefiero ir al particular porque pues es mas rápido y esta mucho mas cerca de mi casa y tomando en cuenta los costos para llegar hasta el hospital pues no tiene caso, y me sale mas barato. Y es mas factible que yo vaya allá que no venga aquí, porque donde yo vivo solo hay un transporte a las siete de la mañana y a las 12 del día, pero si me voy con el de las 7 no regreso a mi casa antes de la una de la tarde y si me voy a medio día pues ya no me van a atender y tengo quien me podría llevar pero es que también por la mañana cuando te atienden mas, la gente tiene que trabajar” [Entrevista 7/03/12].

⁹⁸ Non avendo un contratto di lavoro formale non ha diritto a nessuna forma assicurativa-assistenziale per la copertura dei servizi medici.

sia la consapevolezza delle difficoltà poste dal *Seguro Popular* nell'utilizzo materiale dei servizi di assistenza, non è possibile rifiutare l'iscrizione al programma pur sapendo che esso non verrà utilizzato.

Attraverso il *Seguro Medico para una Nueva Generación* si vuole garantire la copertura completa del costo dei servizi medici per tutti i bambini nati a partire dal 1 dicembre 2006. I nati o i nati risultano quindi “protetti” dalle principali malattie che si possono presentare durante i primi cinque anni di vita⁹⁹. L'iscrizione dei neonati al programma avviene nella maggior parte dei casi all'interno degli ospedali, nei giorni successivi al parto prima che la donna venga dimessa dalla struttura. Per facilitare tale operazione sia la mattina che il pomeriggio la responsabile della gestione di tale programma (*modulo de recién nacidos*) compie il giro del reparto di ginecologia ed ostetricia per iniziare le pratiche di iscrizioni con le nuove mamme. Il suo lavoro è poi affiancato da una delle assistenti sociali del reparto che si occupa di raccogliere tutte le informazioni (relative alle condizioni di vita del nucleo familiare) richieste dal programma e di effettuare uno studio socio-economico in base al quale si definisce la cifra da pagare come quota di iscrizione al programma.

L'ideologia assistenzialistica che fonda il *Seguro Popular* trova nelle categorie del bambino e della donna, sempre considerate sul piano delle politiche governative “deboli”, gli spazi di azione e di intervento più proficui da parte delle istituzioni statali. Mi sembra che la scelta, compiuta dalle forze governative, di apportare le modifiche al programma proprio in quell'area dell'assistenza rivolta specificatamente alla salute materna e infantile, possa essere letta in relazione ad una molteplicità di elementi.

Tale scelta si iscrive all'interno dei modelli e delle indicazioni dalle grandi agenzie internazionali, la salute materno-infantile è, per esempio, uno degli Obiettivi del Millennio proposti dall'OMS. I servizi di ginecologia, ostetricia e pediatria sono tra le aree di assistenza più utilizzate da parte della popolazione e dunque sono proprio queste aree che permettono di agevolare e velocizzare il raggiungimento della copertura universale. Tale strategia politica e medico-assistenziale è, ancora una volta, sostenuta da un'ideologia forte in cui quella che si cerca di migliorare è la condizione della salute della donna in quanto madre, come se la fisiologia e biologia femminile si esaurisse nell'apparato riproduttivo. La donna deve essere sana come soggetto riproduttivo di una “nuova generazione” che sarà più sana di quella precedente poiché le sarà garantito il diritto alla salute sin dalla nascita. La garanzia della

⁹⁹ Si riconosce la possibilità di accedere alle 108 azioni mediche che sono garantite all'interno del CAUSES e del FPGC sia al nascituro che al resto dei membri del nucleo familiare a cui egli appartiene. Vengono garantiti sia i servizi di medicina preventiva (vaccini) sia l'assistenza medica in tutti e tre i livelli di assistenza sanitaria, le analisi di laboratorio necessarie alla diagnosi e l'accesso gratuito ai farmaci.

salute e del benessere della nuova generazione rimanda, almeno a livello dell'immaginario alla certezza di un futuro più sano per tutto il paese. Un futuro di cui proprio questi nuovi giovani saranno responsabili.

Sin dai primi anni successivi all'implementazione del *Seguro Popular* i professionisti della salute e, con il tempo sempre di più, anche i pazienti, hanno criticato ampiamente la mancanza di risorse economiche e l'impossibilità di migliorare le condizioni delle infrastrutture e delle risorse umane del settore, lamentando l'impossibilità di offrire e di usufruire di servizi adeguanti alle esigenze e alle richieste delle persone (Lakin 2009).

Sebbene la struttura burocratica e amministrativa del *Seguro Popular* stia cercando di adeguarsi alle strategie di miglioramento delle attuali condizioni del sistema di salute (come intervenire sulle infrastrutture ospedaliere e provvedere alla gestione delle medicine e delle risorse umane) è evidente che esistono grossi limiti nell'attuale gestione del sistema di salute.

Come abbiamo ampiamente visto in queste pagine la rete dei servizi è definita principalmente dai centri di salute e dagli ospedali facenti parte della rete dei servizi statali di salute. In questo panorama, negli ultimi anni, la presenza del settore privato è diventata sempre più forte e si è estesa a diversi aspetti dell'assistenza, a Mérida così come in generale in tutto il Messico. L'ingerenza del settore privato nei confronti di quello pubblico è diventata sempre più evidente. Si va dalla contrattazione di farmacie private per la dotazione di medicine, alla somministrazione dei servizi di lavanderia o di vigilanza, all'utilizzo di laboratori privati per le analisi specialistiche e di strutture private per gli studi clinici particolari. L'istituzione sanitaria, sia a livello federale che statale, si trova quindi ad investire non solo in relazione al programma specifico ma anche a dover coprire le spese di una serie di servizi privati attraverso accordi e convenzioni che di volta in volta vengono ridefiniti.

Negli anni la spesa pubblica nel campo della salute è aumentata passando per esempio, come percentuale del PIL, dal 5.1% nel 2000 a 6.3% nel 2010 (Knaul e altri, 2012). Come abbiamo visto risulta un po' difficile affermare che tale aumento della spesa pubblica abbia avuto come risultato e come obiettivo il miglioramento delle strutture sanitarie e delle condizioni strutturali dei servizi. Non solo diversi studi¹⁰⁰ e soprattutto le esperienze e le voci delle persone che ho incontrato nei mesi della mia ricerca hanno messo in evidenza una correlazione tra l'aumento degli investimenti pubblici ed un'alta e capillare presenza di irregolarità nella gestione del *Seguro Popular*. Le irregolarità¹⁰¹ che si verificano ad ogni

¹⁰⁰ Riferimenti: Abrantes Pego (1997; 2010); Laurell (2007; 2013); Uribe-Gomez e Abrantes Pego (2013).

¹⁰¹ Generalmente quelle che io scelto di definire irregolarità vengono inserite, dalla maggior parte dei miei interlocutori, tra le molteplici pratiche e atteggiamenti che rientrano nella più ampia categoria della corruzione. Rimando per riferimento teorici interni alla disciplina antropologica al testo di Haller e Shore (2005).

livello, da quello federale fino ad arrivare al centro di salute, possono interessare la documentazione fiscale delle spese, l'acquisto e l'utilizzo delle medicine, il trasferimento delle risorse per la salute pubblica a conti che invece riguardano servizi privati, l'acquisto di materiale e di tecnologie che vengono poi utilizzate in altri contesti ospedalieri o seguendo logiche assistenziali privatistiche.

In un documento programmatico presentato da *Funsalud*¹⁰², "*La salud en Mexico 2006-2012*", alla fine della legislatura del presidente Vincente Fox (2006 - 2012), si documentava come gli Stati del nord del paese, generalmente tra i più ricchi, avevano ricevuto maggiori risorse pubbliche rispetto a quelli del sud e ciò aveva portato che per esempio negli Stati del nord la spesa pro-capite era risultata essere tre volte maggiore a quella prevista negli Stati del sud, come lo Yucatán.

Era evidente già allora che anche gli obiettivi di diminuire la spesa pubblica in salute e di definire un sistema di salute sostenibile dal punto di vista finanziario fossero difficilmente raggiungibili seguendo la traiettoria del *Seguro Popular*.

L'unico obiettivo che sembrava si potesse raggiungere alla fine del mandato del presidente Felipe Calderon (2012) era quello dell'aumento delle cifre della copertura universale arrivando a permettere a tutta la popolazione di godere dell'accesso ai servizi sanitari. Secondo alcune cifre, presentate da parte delle istituzioni mediche pubbliche, si sarebbe raggiunta la copertura universale nel 2012, assicurando 52 milioni di messicani che non disponevano di nessuna forma di copertura sanitaria o sicurezza sociale (Knaul e altri, 2012). Tuttavia, tali cifre variano a seconda delle fonti che prendiamo in considerazione. Secondo i dati de *Encuesta Nacional y Nutricion* (ENSANUT, 2012), nel 2012, in Messico, c'era ancora tra il 21% e il 25% della popolazione senza copertura assicurativa. La definizione di questo dato deve tenere presente alcuni problemi, primo fra tutti, la sovrapposizione tra le diverse forme di assistenza. Fino al 2012, infatti, moltissime persone che erano iscritte al *Seguro Popular* erano iscritte anche all'IMSS e all'ISSTE (330 mila in totale, di cui 80% al IMSS e il 15% all'ISSTE). Sebbene tale disfunzione del sistema sembra essere oggi sotto controllo, continua a rappresentare una delle principali questioni spinose poste dall'attuale gestione del sistema di salute.

¹⁰² Fondazione privata che si occupa della definizione delle politiche pubbliche in ambito sanitario di cui parlerò nel prossimo paragrafo.

4.7 Verso una nuova riforma del sistema di salute

La riforma sanitaria messicana, nota ai più come *Seguro Popular* è stata giudicata da alcuni “esemplare” o “di successo”¹⁰³; all’interno di questo capitolo ho cercato di ragionare sulle logiche di potere attorno alle quali essa è stata definita e di indagare gli effetti che ha avuto e continua ad avere quotidianamente sui corpi e sulle vite dei cittadini.

L’analisi del materiale etnografico mi ha condotto, da un lato, a mettere in evidenza quali possono essere le modalità di legittimazione del potere e di consolidamento delle sue istituzioni perseguite attraverso l’attuazione di specifiche politiche pubbliche sanitarie; dall’altro a prendere in esame le condizioni socio-economiche di produzione della cura e della prevenzione.

Ho cercato di restituire una visione, parziale, del sistema di salute messicano che mettesse in luce come si articola il *Seguro Popular* e quali possono essere le sue molteplici declinazioni: programma di prevenzione sanitario, politica nazionale atta al miglioramento dei servizi sanitari di base, progetto di sviluppo sociale e sanitario diretto a coloro che versano in condizioni di indigenza, ma anche un dispositivo di regolamentazione economica nella gestione della salute della popolazione.

Ho scelto di proporre un’analisi di quella “salute pubblica” con cui mi sono confrontata durante la ricerca etnografica, del significato ad essa attribuito, dei molteplici modi in cui viene definita e dei sistemi istituzionali che da essa prendono forma, nel tentativo di comprendere le articolate relazioni di potere che informano il campo della salute e come esse siano storicamente costruite e politicamente significative. Guardare a tutti quegli aspetti della salute che sono ascrivibili all’ordine giuridico, economico, burocratico, morale, intellettuale mi ha permesso di concentrare l’attenzione analitica su uno spazio politico della salute (Fassin 1996). Tale spazio si definisce nell’intersezione di diversi elementi tra cui: l’incorporazione delle disuguaglianze attraverso l’iscrizione dell’ordine sociale sui corpi delle persone; il potere di curare derivante dalla legittimazione di gruppi riconosciuti socialmente come competenti per intervenire sulla malattia; ed infine, il controllo sulla vita esercitato attraverso l’attuazione di politiche e di programmi istituzionali che producono una determinata gestione

¹⁰³ Nel 2006 viene pubblicato un numero monografico sul *Seguro Popular* della rivista internazionale *The Lancet*. La maggioranza degli interventi pubblicati descrivono il *Seguro Popular* come esempio di una politica virtuosa. È interessante notare che gli autori di questi articoli, in diversi momenti, hanno partecipato ai gruppi di lavoro che avevano sostenuto la classe governativa nel processo di definizione della riforma sanitaria. Queste personalità sono dunque interni a i *think tank* che hanno pensato e strutturato la riforma e collaborato alla definizione del discorso pubblico attraverso cui il *Seguro Popular* è stato presentato all’attenzione dell’opinione pubblica. Per un’analisi del ruolo dei *think tank* all’interno dei processi di definizione delle politiche statali neoliberali rimando ai lavori di Loic Wacquant (2000; 2009).

collettiva della salute come bene pubblico. Tale spazio può essere descritto a partire dall'analisi dell'attuazione di politiche e programmi istituzionali intesi come una forma di produzione della gestione collettiva della salute come bene pubblico¹⁰⁴.

Le istituzioni sanitarie sono il risultato di un potere pubblico che disegna strategie d'intervento sulla scorta di una propria ideologia (Douglas 1990; Foucault 1977). Nel confronto con la quotidianità fatta di continue negoziazioni e ridefinizioni da parte degli attori sociali l'attuazione di tali strategie produce degli interventi di cui ho cercato di analizzare gli effetti, cercando di non qualificare il fallimento o il successo ma analizzando ciò che funziona e ciò che non funziona per ragionare su ciò che nella realtà quotidiana avviene ed è avvenuto in ogni modo, oltre le intenzioni esplicite o implicite della riforma.

In questo caso specifico, un'ideologia fondata sul libero mercato ha prodotto una salute gestita in base ad una logica assistenziale assicurativa. Sebbene non voglia negare che attraverso l'implementazione del *Seguro Popular* si siano raggiunti miglioramenti nelle condizioni di salute della popolazione, ritengo che se l'obiettivo doveva essere raggiungere un livello di salute di qualità e democratico lo scopo non è stato raggiunto. L'ordine di grandezza di tale politica ha comportato un grande impiego di risorse economiche ed energie governative per il raggiungimento di un obiettivo che è stato di fatto delegato all'azione e alla volontà dei singoli individui. La responsabilità della qualità dei servizi medici offerti alla popolazione dipende, in ultima istanza, dalle continue negoziazioni degli attori che si muovono all'interno del "campo" dei servizi sanitari pubblici yucatechi: professionali della salute, funzionari istituzionali e utenti.

Lo Stato messicano attraverso il *Seguro Popular* sembra costruirsi come l'entità che supervisiona i servizi sanitari offerti alla popolazione e che gestisce e garantisce la salute pubblica. Facendo leva su una "retorica della qualità" dei servizi, intesa sia in termini materiali che morali, l'amministrazione pubblica della salute sembra assumere le forme di una lotta per il riconoscimento dei diritti di cittadinanza e di inclusione sociale per quella parte di popolazione (la *población abierta*) alla quale sono sempre stati negati. In un tale contesto diventa possibile, dunque, parlare di "bio-cittadinanza" come di una modalità di inclusione capace di produrre forme più sottili di esclusione, nel momento stesso in cui non mette in discussione i rapporti diseguali di poteri sui quali si fonda la gestione politica della salute¹⁰⁵. La "retorica della qualità" che soggiace al complesso discorso politico assistenzialista sul

¹⁰⁴ Per riferimenti teorici rimando ad alcuni testi incentrati sulla relazione tra antropologia medica e lo studio delle politiche pubbliche e della salute globale: Castro e Singer (2004); Hahn e Inhorn (2008); Nichter (2008); Singer e Baer - Susser (2003).

¹⁰⁵ In relazione alle categorie bio-cittadinanza e cittadinanza biologica rimando a: Agamben (2008); Heath e Rapp e Taussig (2003); Ong (2005; 2006); Ong e Collier (2008); Petryna (2002); Rose (2006; 2008).

quale si fondano i presupposti del *Sistema de Protección Social en Salud* conduce a riflettere su quanto un'analisi del campo delle politiche della salute possa rendere evidente il rapporto tra cittadinanza, equità e giustizia. Ciò che si verifica è che nelle modalità di gestione burocratica, amministrativa e pratica del *Seguro Popular*, la logica sulla quale si fonda la scelta delle azioni politiche è tesa più alla gestione dell'ordine statale piuttosto che all'efficacia sanitaria.

Le riforme del settore della salute, soprattutto a partire dagli anni '80, si sono sviluppate in relazione alle linee direttive poste dagli aggiustamenti strutturali promossi da parte dei grandi organismi internazionali, in risposta alla crisi del debito esterno¹⁰⁶. Esse sono state pensate e attuate in relazione a problemi di ordine economico e in nome della sostenibilità finanziaria del sistema statale.

L'interesse della Banca Mondiale¹⁰⁷ per le riforme sanitarie si esplicitò nella pubblicazione di un documento, nel 1987, "*Financing Health Services in Development Countries*" in cui si differenziavano i beni pubblici nel campo della salute da quelli privati e si proponevano diverse strategie per finanziare l'assistenza in contesti di austerità economica¹⁰⁸ (Uribe-Gomez e Abrantes Pego 2013).

Mi sembra interessante mettere in evidenza come questa prospettiva di intervento si articolava con altre iniziative proposte, sin dalla fine degli anni settanta, da parte della Fondazione Rockefeller¹⁰⁹. La Fondazione sosteneva l'importanza dell'assistenza primaria selettiva (piuttosto che quella integrale come poi voluto dalla dichiarazione di Alma Ata del 1987) e la necessità di dirigere gli sforzi governativi principalmente nei confronti dei gruppi più a rischio.

In seguito, in un documento pubblicato dalla Banca Mondiale nel 1993, "*Investing in health*", si presentò un'analisi dettagliata delle diverse politiche sanitarie e la loro relazione con lo sviluppo economico. L'idea principale era quella di dare la priorità allo sviluppo dell'assistenza medica delle principali patologie presentate dalla popolazione. Sebbene

¹⁰⁶ Per riferimenti teorici rimando a: Abrantes Pego (2011); Lakin (2009); Laurell (2013).

¹⁰⁷ Tale organismo è tuttora molto presente e attivo nella gestione del campo della salute a livello internazionale, tanto che, per esempio, l'attuale presidente Jim Yong Kim è un antropologo e un medico, fondatore di un'importante organizzazione non governativa che si occupa di salute (*Partners in Health*).

¹⁰⁸ Le principali strategie proposte erano: l'instaurazione di un sistema di co-finanziamento (atto a rafforzare il finanziamento del sistema e stimolare l'uso razionale dei servizi di salute); stabilire gli incentivi per lo sviluppo delle assicurazioni sanitarie; separare le funzioni delle diverse istituzioni; decentralizzare i servizi di salute.

¹⁰⁹ Tale fondazione rappresenta un ente privato che ha avuto per molto tempo un ruolo centrale all'interno dei processi internazionali di definizione delle direttive governative nel campo della salute. Sebbene il suo potere decisionale ed operativo continui ad essere forte, il ruolo ricoperto da questa fondazione è stato nel tempo sostituito da altre organismi internazionali (come il Fondo Monetario Internazionale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità). Rimando ai lavori di Anne-Emanuelle Birn (2005; 2006), per un'analisi critica ed una ricostruzione storica delle relazioni tra l'*International Health Division* della *Rockefeller Foundation* e la classe dirigente politica, governativa e medica in Messico.

quest'ambito specifico dell'assistenza comportasse una spesa pubblica maggiore, avrebbe comunque permesso di garantire una maggiore incidenza sul numero di anni di vita sana della popolazione e, quindi, un generale miglioramento delle condizioni di vita della popolazione.

Erano queste le idee che sarebbero poi state alla base della proposta adottata come modello per tutte le riforme di salute in Messico: il modello del "pluralismo strutturato". Non è un caso, infatti, che tali argomentazioni e proposte erano state presentate a livello internazionale e nazionale, per la prima volta, dallo stesso medico Julio Frenk che era in quegli anni uno dei membri più importanti della *Fundación Mexicana para la Salud* (Funsalud) e dall'economista ed ex-ministro colombiano Juan Luis Londoño, vincolato in quegli anni con la Banca Mondiale. Tale modello si basava sulla convinzione che l'unica strategia funzionale al raggiungimento dell'uguaglianza e dell'efficienza per i sistemi di salute fosse rappresentata dalla separazione tra la funzione di regolazione e quella di amministrazione del finanziamento delle prestazioni dei servizi. Lo Stato si doveva far carico della gestione e della regolazione dei servizi tra le diverse entità (pubbliche e private) secondo la logica della competizione regolamentata. Lo Stato si sarebbe dovuto occupare esclusivamente della direzione e regolamentazione del sistema di salute.

Alla fine degli anni '90 Frenk era, inoltre, direttore dell'area di ricerca ed informazione per le politiche presso l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) e partecipava alla stesura di un documento che riguarda le condizioni dei diversi sistemi di salute nel mondo. Il Messico, compariva al 51° posto rispetto all'impegno politico e al 114° rispetto alla presenza di un meccanismo di finanziamento del sistema di salute che fosse ugualitario.

Sul piano delle politiche interne e delle riforme del sistema si iniziava quindi sempre più a sostenere la necessità di creare assicurazioni sanitarie e strategie di co-finanziamento poiché esse sembravano essere le migliori opzioni per proteggere le persone dall'impoverimento causato, troppo spesso, dalle spese sanitarie¹¹⁰.

L'interesse degli organismi internazionali per finanziare le riforme dei sistemi di salute sono stati ampiamente documentati. Da più di venti anni la Banca Mondiale ha appoggiato il Messico nello sviluppo del settore della salute. Tale processo di sviluppo è stato ampiamente influenzato anche dalle diverse dichiarazioni dell'OMS. Basti pensare alla dichiarazione di Alma Ata del 1987 in cui, in collaborazione con l'UNICEF, si mostrava una nuova strategia

¹¹⁰ Quest'impostazione, fomentata dal documento prodotto dall'OMS, può essere ampiamente criticata soprattutto a causa della parzialità delle informazioni fornite in quell'occasione. L'analisi dell'OMS concentrava tutti i problemi dei sistemi di salute sulla componente finanziaria e ciò non necessariamente coincide con la percezione degli utenti rispetto all'efficacia e all'accesso dei servizi. In relazione alla valutazione dei sistemi di salute nel mondo si può consultare un articolo promulgato da parte della stessa OMS a giugno del 2000 <https://apps.who.int/whr/2000/pdf-sp/Presserelease-sp.pdf>.

politica all'interno del campo della salute nota come progetto "Salute per tutti entro l'anno 2000". L'OMS dichiarava di voler raggiungere l'obiettivo della salute globale attraverso la diffusione su larga scala dell'assistenza sanitaria di base, il coinvolgimento diretto delle popolazioni nella progettazione e la realizzazione dei servizi, l'educazione alla prevenzione e l'impiego di tecnologie e strumenti adeguati alle realtà locali, oltre che la mobilitazione di tutti i settori dell'economia e della società per raggiungere un livello di benessere diffuso. In seguito, la salute è stata inserita anche all'interno degli Obiettivi del Millennio, approvati da tutti i paesi membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, che dovevano essere raggiunti nel 2015.

Tale processo di globalizzazione della salute¹¹¹ non può, però, essere considerato come un movimento lineare poiché prende forma proprio a partire da contrasti, conflitti e continue negoziazioni tra le diverse forze politiche, nazionali e internazionali in gioco. Le misure e le strategie di intervento non vengono solamente imposte da parte dei grandi organismi internazionali ma spesso si verifica un'adesione politica ed ideologica da parte degli attori chiave a livello nazionale. Questi ultimi, infatti, in diversi momenti sono stati parte degli stessi organismi internazionali e/o hanno cercato, da diverse posizioni strategiche, di rendere operativi, legittimare e difendere i principi proposti, a livello internazionale, per la definizione delle riforme del settore sanitario.

Questa prospettiva spiega come mai il piano di salute (2001-2006), avrebbe incorporato alla fine tutti gli aspetti più importanti delle varie indicazioni internazionali, procedendo alla definizione di un sistema di finanziamento del sistema di salute che fosse basato sull'idea delle assicurazioni private e del sistema di co-finanziamento. Erano queste le basi della riforma della *Ley de Salud* che, come abbiamo visto, avrebbe portato alla definizione del *Seguro Popular*.

A seguito della riforma della *Ley de Salud* avvenuta nel 2003, negli ultimi dieci anni in Messico, non è stata avanzata nessuna ipotesi di riforma del sistema di salute attuale, nonostante ne fossero evidenti i suoi fallimenti. Nel 2000, come abbiamo visto, le elezioni sono state vinte per la prima volta dal PAN richiedendo un cambio radicale di rotta rispetto alla gestione del paese.

In generale è possibile sostenere che quando erano state presentate le riforme in parlamento la resistenza politica dovuta a posizioni contrastanti era stata generalmente poco evidente o del tutto assente. Nel caso della riforma sanitaria, che avrebbe portato all'implementazione del

¹¹¹ Parlare di globalizzazione all'interno del campo della salute implica prendere in considerazione due processi: "l'interdipendenza mondiale delle determinanti della salute" e "la circolazione mondiale dei modelli di salute" (Fassin 2004: 305).

Seguro Popular, tale resistenza si era manifestata in maniera evidente solo nel caso del territorio del Distretto Federale (D.F.), dove l'allora governatore Andres Manuel Lopez Obrador¹¹² si era rifiutato di implementare il *Seguro Popular*. Dal 2001, infatti, il governo del D.F. aveva instaurato un programma di fornitura dei servizi medici e delle medicine in maniera gratuita. L'obiettivo era rafforzare i servizi pubblici, favorendo una logica completamente opposta a quella proposta dal governo centrale e ostacolando l'inserimento del settore privato nel mercato delle prestazioni mediche.

Cristina Laurell¹¹³, allora Direttrice della *Secretaria de Salud* del D.F., era stata una delle poche personalità intellettuali e politiche ad opporsi alla riforma che avrebbe condotto al *Seguro Popular*.

L'idea che queste figure politiche portavano avanti era legata all'implementazione di una politica alternativa al *Seguro Popular* basata sull'utilizzo di risorse finanziarie locali. Si trattava quindi di due modelli di salute che rappresentavano scelte strutturali diverse¹¹⁴. Mentre la prospettiva ufficiale voleva l'incorporazione dei parametri del costo-beneficio e l'introduzione della concorrenza del libero mercato nella gestione delle risorse e nella prestazione dei servizi. Il governo del D.F. proponeva la gratuità dei servizi e il rafforzamento della leadership del ruolo dello Stato nella gestione del settore salute. A Città del Messico il *Seguro Popular* è diventato operativo solo alla fine del 2005.

In seguito, nel 2006, il PAN continuava ad essere il partito al governo. Durante la legislatura del Presidente Felipe Calderón (2006-2012) non sono state proposte modifiche alla *Ley de Salud*. Il governo si è limitato all'attuazione di interventi correttivi del *Seguro Popular* attraverso l'inserimento di programmi specifici. L'ambito della salute, nella legislatura 2006-2012, è rimasto escluso da gran parte degli interventi governativi. In questi anni, la maggior parte degli sforzi politici è stata concentrata nell'ambito della sicurezza pubblica nel tentativo di controllare e gestire l'ingerenza sempre maggiore del narcotraffico sul territorio nazionale. Tali sforzi sono risultati essere ampiamente fallimentari e le politiche governative fortemente interventiste hanno portato a quella situazione di crisi economica, politica e civile che da quasi un decennio investe il paese. Calderon si proponeva come il presidente della svolta nella

¹¹² Andres Manuel Lopez Obrador è uno dei maggiori politici messicani, afferente al PRD. È stato governatore del Distretto Federale e candidato alla presidenza nazionale nelle elezioni del 2006 e del 2012.

¹¹³ Cristina Laurell è ricercatrice, medico e politico, riconosciuta come una delle figure di spicco della corrente della medicina sociale latinoamericana, è stata direttrice della *Secretaria de Salud* del Distretto Federale durante il periodo di governo di Lopez Obrador.

¹¹⁴ Laurell e Frenk si erano distanziati ideologicamente con l'inserimento di principi legati al mercato neoliberale all'interno del settore della salute. Tale strategia aveva infatti contribuito a polarizzare le posizioni dei diversi attori. In quel momento storico, entrambi occupavano ruoli direttivi all'interno della *Secretaria de Salud*, rispettivamente federale e del D.F., ed è proprio da quelle posizioni che avevano cercato di materializzare e rendere operativi i modelli di salute opposti che ognuno difendeva.

lunga e interminabile lotta tra lo Stato messicano ed “i cartelli della droga”. Tale lotta, però, presentata a livello retorico e costruita all’interno dell’immaginario collettivo come una vera e propria guerra, ha dilaniato tutto il paese negli ultimi sei anni. Ed ha provocato un’*escalation* continua del livello della violenza quotidiana soprattutto negli stati centrali e settentrionali della repubblica. Non è questa la sede per riflettere sulle conseguenze di tale strategia e problematizzare il ruolo dello Stato nei giochi di forza con economie altre, che sono contemporaneamente separate e totalmente integrate all’interno del sistema di *governance* statale del paese. Queste considerazioni sono utili per comprendere perché tra il 2006 e il 2012, arco di un’intera legislazione governativa, non siano state intraprese riforme importanti degli assetti economici, burocratici ed organizzativi del sistema sanitario¹¹⁵.

La rottura con questa posizione si è verificata durante la campagna elettorale del 2012 e nei primi mesi di governo dell’attuale presidente priista Enrique Peña Nieto (2012-2018) quando le proposte di riforma del sistema di protezione in salute sono tornate ad occupare un posto importante all’interno dell’agenda pubblica.

Sebbene esistano diverse posizioni in relazione a quella che dovrebbe essere la futura riforma sanitaria sembra che l’idea portata avanti dal governo si basi sulla volontà di modernizzare le infrastrutture e rafforzare le azioni in merito alla prevenzione. Si sta prendendo in considerazione la possibilità di creare un sistema unico di salute che permetta di integrare le diverse istituzioni.

Ancora una volta, uno degli attori principali a cui è stato affidato, da parte del governo, il compito di redigere un disegno di legge che possa permettere la riforma dell’attuale sistema di salute è Funsalud. Funsalud, dalla sua fondazione è sempre stato un attore fondamentale all’interno del processo di definizione delle politiche, di disegno delle riforme e di gestione della salute. Si tratta di una fondazione privata che riunisce figure professionali, atteggiamenti politici e posizioni istituzionali che hanno sostenuto fortemente il modello di salute che è alla base del *Seguro Popular* in passato e che, in generale, sostengono, di volta in volta, i modelli e le riforme dei gruppi al potere. Dagli anni ‘80, gli studi, i dati, le raccomandazioni e le teorie scientifiche prodotte all’interno della Fondazione sono i principali referenti per documentare il carattere scientifico e la validità delle evidenze che, di volta in volta, giustificano i cambiamenti del sistema di salute.

La proposta più recente, avanzata da alcuni esponenti della fondazione, è quella di realizzare una riforma fiscale che permetterebbe la creazione di un fondo unico e renderebbe possibile

¹¹⁵ Nei sei anni di legislatura del presidente Calderón non ci sono state riforme importanti in quasi nessun ambito della vita pubblica. È anche per questo che la vittoria delle elezioni da parte del PRI ha inaugurato una fase storica ricca di interventi di riforma dei settori più importanti: energetico, educativo, sanitario.

finanziare il sistema attraverso un grande processo di fiscalizzazione generale. Sebbene esistano diverse posizioni anche all'interno della stessa Funsalud, la posizione più forte sembra essere quella di coloro che sostengono la necessità di integrare (sia a livello delle funzioni sia a livello economico) tutto il settore della salute (e non solo a livello di gestione ed erogazione dei servizi medici) attribuendo alla *Secretaría de Salud* un ruolo preponderante. La *Secretaría de Salud* sarebbe destinata a diventare l'unica istituzione preposta alla gestione di tutto il settore, non limitandosi più ad una porzione specifica della popolazione.

Si vorrebbe inoltre definire un modello di salute basato sulla logica del mercato regolato, che aprendo sempre di più all'iniziativa e al potere della medicina privata, implicherebbe un indebolimento della centralità dello Stato come soggetto politico garante dell'assistenza medica.

Di nuovo il discorso politico si concentra sulla necessità di raggiungere la copertura universale, la definizione di un sistema di protezione nel campo della salute e l'integrazione delle distinte risorse e degli interessi degli attori del settore. Sembra dunque che ci si ritrovi, ancora una volta, all'interno di un dibattito politico ed istituzionale sempre uguale a se stesso, almeno nei principi di riferimento.

Secondo la posizione condivisa da Funsalud dovrebbe esistere all'interno del settore della salute un programma unificato di copertura universale che permetterebbe di assistere tutti allo stesso modo senza fare distinzione tra chi è beneficiario del IMSS o dell'ISSTE o di Pemex o del *Seguro Popular*. Per raggiungere questo obiettivo sembra essere necessaria la ristrutturazione e ripianificazione del sistema di salute in un sistema unico.

Partendo da queste affermazioni e dalle varie notizie che riempiono le pagine dei quotidiani sia a livello federale che locale, il cambiamento proposto dal nuovo governo appare in tutta la sua radicalità poiché sembra riguardare la struttura stessa del sistema statale di gestione della salute.

La definizione di un'unica istituzione forte, a livello federale e statale, che gestisca in maniera unitaria il campo della salute sembra essere una strategia efficace per superare la storica frammentazione del sistema sanitario messicano. Tale frammentazione riguarda sia il settore della medicina privata, estremamente esteso e produttivo ma non regolamentato, sia il settore della medicina statale alla cui gestione sono preposte molteplici enti istituzionali tra loro non collaborativi. Allo scopo di superare i problemi riconducibili alle modalità di finanziamento dei servizi, alla separazione delle funzioni tra i diversi enti, alla pluralità di soggetti istituzionali che competono tra loro per la gestione della spesa pubblica e l'erogazione dei

servizi, il governo attuale propone un nuovo ordinamento legislativo che si basi sulla netta separazione tra il sistema finanziamento dei servizi e quello della loro erogazione.

Mi sembra però che la diretta conseguenza di una tale riforma sanitaria dovrebbe essere una necessaria riforma del sistema lavorativo, ambiti che attualmente risultano essere assolutamente interconnessi tra loro. All'interno dell'attuale organizzazione del sistema sanitario, la presenza o l'assenza di un lavoro e le condizioni contrattuali che definiscono le relazioni tra lavoratore e datore di lavoro sono gli elementi che maggiormente influiscono sulle condizioni di salute delle persone¹¹⁶.

Per essere veramente efficace la riforma del sistema nazionale di salute dovrebbe basarsi sull'uguaglianza delle circostanze (economiche, sociale e politiche) di tutti i messicani e le condizioni di salute o di accesso ai servizi dovrebbero diventare indipendenti dalla condizione lavorativa e dallo status sociale delle singole persone.

Ciò che bisognerebbe tenere presente, inoltre, è che uno dei grandi interventi legislativi del governo presieduto da Felipe Calderon è stata l'approvazione della riforma del lavoro, in cui però non è mai stato preso in considerazione la relazione di questo ambito della vita con quello della salute¹¹⁷.

Se guardiamo indietro, la prospettiva politico ed ideologica che ha definito la gestione della salute pubblica in Messico ha avuto una storia fatta di continuità molto più che di discontinuità. I diversi modelli di riferimento per la definizione del sistema di salute (sia quello del "pluralismo strutturato" o del "mercato regolato") hanno sempre avuto un'impronta, governativa ed economica, fortemente neoliberale. Allo stesso tempo gli attori che hanno promosso le ristrutturazioni del sistema di salute e che hanno occupato posizioni chiave all'interno delle diverse istanze ed istituzioni da diversi anni (come per esempio Julio Frenk che ha partecipato alla redazione del rapporto del banco Mondiale – 1997- dell'Organizzazione Panamericana della Salute – 2000 - e che è stato Ministro della Salute dal 2000 al 2006) continuano ad avere una posizione importante all'interno dei processi di discussione e definizione delle decisioni da prendere in relazione al campo della salute.

¹¹⁶ Tale considerazione risulta essere particolarmente significativa per quanto riguarda le condizioni lavorative delle donne. L'attuale sistema sembra non permettere per la stragrande maggioranza della popolazione femminile una reale autonomia economica della donna, le cui condizioni esistenziali si definiscono in base alla necessità di "*sacar por adelante*" (trad: tirare avanti). Ed è questa stessa necessità, come cercherò di mettere in evidenza all'interno dei prossimi capitoli, che informa ed influisce sulle scelte e sulle strategie di salute e di riproduzione.

¹¹⁷ La riforma è stata approvata alla fine del mandato del presidente uscente, novembre 2013. In questo primo anno di governo del presidente Peña Nieto sono stati affrontati diversi temi e l'agenda politica delle riforme è stata densissima (istruzione, telecomunicazioni, giustizia, sistema fiscale, mercato energetico, sicurezza) ma non è mai stato affrontato il tema del lavoro.

La discussione sulla necessità di una nuova riforma volta all'universalizzazione dei servizi è tornata a prendere piede all'interno dell'agenda politica di Peña Nieto. Tuttavia resta ancora da chiarire e da comprendere quale sarà il futuro del *Seguro Popular*, sia in relazione alla sostenibilità economica e finanziaria del programma sia, soprattutto, in relazione all'accessibilità ai servizi da parte delle persone.

Oggi sono sempre di più e più attive le persone¹¹⁸ che esigono l'accesso universale alla salute e a servizi medici che presentino condizioni di qualità e capacità uguali per tutti e che siano in grado di fornire una risposta adeguata alle esigenze attuali della popolazione¹¹⁹. Nonostante la definizione di un meccanismo di protezione finanziaria costituisca un pilastro fondamentale all'interno di qualsiasi sistema di salute, esso sembra non rappresentare un elemento sufficiente se non include meccanismi di adeguamento all'uguaglianza, alla solidarietà e alla garanzia di accesso ai servizi in maniera indipendente dalle capacità di pagamento dei singoli soggetti.

Oggi però, sembra che siamo ancora lontani dal raggiungimento di queste condizioni e dalla definizione di un accordo tra coloro che ritengono la strada del "pluralismo strutturato" come il miglior cammino verso un'efficace riforma del settore della salute e coloro che, invece, ritengono sia necessario introdurre una prospettiva basata su un'idea di cittadinanza costruita sulle possibilità reali di accedere a diritti riconosciuti.

¹¹⁸ Mi riferisco ad una crescente consapevolezza da parte dei singoli soggetti nell'esigere il proprio diritto alla salute, alla presenza sempre maggiore di associazioni civili e gruppi sociali che sono attivi all'interno del campo della salute, a gruppi e partiti politici afferenti alle aree ideologiche della sinistra.

¹¹⁹ Tali esigenze sono relative ad un quadro epidemiologico generale in cui predominano le malattie cronico-degenerative non trasmissibili. Tale panorama epidemiologico è in linea con un duplice processo: di invecchiamento della popolazione e di aumento delle disparità economiche sempre più evidente.

CAPITOLO 5

DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI E POLITICHE DEMOGRAFICHE

5.1 La costruzione della salute riproduttiva e sessuale

È soprattutto dagli anni Sessanta che, a livello mondiale, si inizia a pensare e parlare, di una nuova categoria di diritto, fino a quel momento alquanto indefinita: “i diritti riproduttivi e sessuali”. La nascita di movimenti civili e mobilitazioni collettive di diverso “genere”, il proliferare delle teorie femministe e trans-gender, la definizione di politiche e programmi internazionali ed alcune modifiche delle legislazioni statali, sono tutti elementi interni a quel processo storico, politico e sociale che sfocia nella costruzione della categoria dei diritti sessuali e riproduttivi. In una prima fase di questo processo, nelle politiche e nei programmi internazionali, il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi si inserisce nel solco degli interventi più strettamente in relazione con l’ambito della gestione demografica, in cui l’attenzione si focalizza sul rapporto tra sviluppo, risorse e crescita della popolazione.

L’evento che può essere assunto come punto di inizio di questo nuovo corso storico è la Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite sui diritti dell’uomo, tenutasi a Teheran nel 1968. Il cui atto finale comprende la seguente disposizione: «I genitori hanno il diritto umano fondamentale a decidere liberamente e responsabilmente il numero e l’intervallo dei loro figli e un diritto a una adeguata istruzione e informazione in questo ambito» (Nazioni Unite, *Final Act of the International Conference on Human Rights*, Teheran, 1968, art.16). Ponendo l’attenzione sulla connessione tra il fenomeno della crescita della popolazione e la sfera dei diritti umani, la dichiarazione di Teheran è legata ad una specifica preoccupazione, largamente condivisa da tutti gli organismi internazionali: la crescita incontrollata della popolazione, soprattutto in alcune aree del mondo, potrebbe rendere inefficaci gli interventi per combattere la fame e la povertà e, di conseguenza, compromettere la possibilità di ottenere adeguati modelli di vita a livello mondiale. L’obiettivo principale di questa dichiarazione sembra essere quello di “spingere” gli apparati statali dei paesi meno sviluppati a favorire la diffusione dell’utilizzo dei metodi contraccettivi, implementando politiche e campagne di pianificazione familiare. In questa prospettiva, il riconoscimento e la difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle persone si trova ancora in secondo piano rispetto al controllo demografico.

Nell'articolo 16 del Proclama di Teheran si legge che «i genitori hanno il diritto fondamentale di determinare liberamente e in maniera responsabile il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite»¹²⁰.

Tale diritto, assegnato ad un soggetto plurale quale “i genitori”, viene ripreso, durante la Prima Conferenza Mondiale sulla Popolazione a Bucarest nel 1974, quando si comincia a parlare non solo di “coppie”, ma anche di “individui” come soggetti di diritto¹²¹.

L'anno successivo, la Prima Conferenza Mondiale sulle Donne (Città del Messico, 1975), nel pieno fermento femminista degli anni Settanta, apre il Decennio Proclamato dalle Nazioni Unite per le Donne (1975- 1985). A Città del Messico sembra che, per la prima volta, l'attenzione politica venga posta sul diritto di ogni donna al controllo della propria capacità riproduttiva (Salazar 2007).

Anche dieci anni dopo, durante la III Conferenza sulle Donne di Nairobi (1985) le retoriche e le politiche internazionali si focalizzano sull'importanza di riconoscere il diritto di autodeterminazione riproduttiva per le donne. Godere a pieno della possibilità di controllare la propria fertilità, per ogni donna, costituisce il punto di partenza per accedere al riconoscimento effettivo di tutti gli altri diritti. Si stabilisce che siano proprio i governi dei singoli stati a garantire l'accesso a tali diritti impegnandosi a mettere a disposizione l'informazione, l'educazione e i mezzi affinché donne e uomini possano prendere le loro decisioni, in merito alla riproduzione, in maniera autonoma e libera.

Il diritto di “scegliere” quanti figli avere e quando averli era stato già ufficializzato qualche anno prima con l'approvazione, nel 1979 da parte dell'Assemblea Generale dell'ONU, della CEDAW: la Convenzione sull'Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione contro le Donne. Nell'Articolo 16.1.e si legge che: «Gli Stati parte prenderanno tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti della donna in tutte le questioni derivanti dal matrimonio, e nei rapporti familiari e, in particolare, assicureranno, in condizioni di parità con gli uomini: [...] gli stessi diritti di decidere liberamente, e con cognizione di causa, il numero e l'intervallo delle nascite, e di accedere alle informazioni, all'educazione ed ai mezzi necessari per esercitare tali diritti»¹²².

¹²⁰ Dalla pagina web <http://www.confliitidimenticati.it/cd/docs/1206.pdf> consultata il 11/04/2014.

¹²¹ Questa linea viene sostanzialmente riconfermata dalle “Strategie di Nairobi”, redatte una decina di anni dopo durante la Terza Conferenza Mondiale sulle Donne (Kenya, 1985), in cui si sostiene il “diritto umano fondamentale di tutte le coppie e le *persone* di decidere in maniera libera e informata il numero e l'intervallo delle nascite” (*Gaceta Parlamentaria*, Número 3570, lunedì 6 agosto 2012).

¹²² Inoltre anche l'Articolo 12.1 fa riferimento alla regolazione della fecondità, garantendo il diritto delle donne al pari degli uomini ai servizi sanitari: “Gli Stati parte prenderanno tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizione di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla

Questi passaggi mostrano come, nei discorsi e nei programmi della comunità internazionale inerenti la pianificazione familiare, il controllo della fertilità e – principalmente - il controllo demografico, dalla fine degli anni Sessanta alla metà degli anni Ottanta, si definisca una sorta di “approccio ai diritti umani con prospettiva di genere”.

In un solo triennio, nella metà degli anni Novanta, si produce una sorta di “rivoluzione concettuale” capace di definire un nuovo paradigma di pensiero e di azione rispetto alla sfera dei diritti sessuali e riproduttivi. Tra il 1993 e il 1995 si tengono tre importanti conferenze internazionali: la Conferenza Mondiale sui Diritti Umani di Vienna nel 1993, la IV Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo nel 1994 e la IV Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino nel 1995. Tali conferenze contribuiscono a dare maggiore rilevanza ai diritti delle donne (all’interno del più vasto panorama dei diritti umani) cercando di sostituire sempre di più il vecchio discorso demografico sulla pianificazione familiare con una visione più ampia in merito a salute e diritti, sessuali e riproduttivi (Petchesky 2006a; 2006b).

Durante la Conferenza di Vienna la comunità internazionale cerca di colmare i vuoti e le lacune delle Conferenze sui Diritti Umani precedenti. I risultati di tale processo determinano una svolta nel modo di pensare e di definire i diritti umani: non riguardano più esclusivamente la sfera pubblica ma vengono ampliati anche a quella privata. Si assiste dunque al riconoscimento ufficiale di ciò che, ancora a metà degli anni Ottanta, sembrava essere impensabile: «Incluso nelle aree più intime della famiglia, come la vita procreativa e sessuale, i diritti umani delle donne all’autodeterminazione e all’uguaglianza devono prevalere» (Petchesky 2006a: 44). Con la Dichiarazione e con il Programma d'Azione di Vienna, si riconoscono formalmente i diritti umani delle donne come “parte inalienabile, integrante e indivisibile dei diritti umani” (Paragrafo 18) e si chiede che lo status paritario delle donne e i loro diritti umani siano inseriti tra le attività principali del sistema ONU e siano parte integrante dei programmi volti ad ampliare l’accesso alla sfera dei diritti umani (Paragrafo 36)¹²³.

L’evento che, forse più di tutti, fonde le esigenze di rinnovamento nell’ambito dei diritti umani con il campo delle politiche demografiche è la IV Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo, tenutasi al Cairo nel 1994. In quest’occasione, i soggetti istituzionali internazionali pongono l’attenzione su due concetti nuovi: la “salute riproduttiva” ed i “diritti

pianificazione familiare”. Entrambi i testi sono stati consultati sulla pagina www.dirittiumani.donne.aidos.it il 13/05/2014.

¹²³ Dalla pagina web <http://www.onuitalia.it/diritti/donne7.html> dell’Alto Commissariato per i Diritti Umani dell’ONU, consultata il 12/03/2014.

riproduttivi”¹²⁴. La definizione di tali categorie implica necessariamente, per gli stati appartenenti all’ONU, la riformulazione dei programmi in merito al controllo e alla gestione demografica e, contemporaneamente, la modificazione dei parametri di valutazione della loro efficacia.

L’approccio proposto durante la Conferenza su Popolazione e Sviluppo del Cairo (1995) si basa sul concetto di salute proposto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, già nel 1948. La salute è intesa non solo come mera assenza di malattia ma come fatto eminentemente sociale; è definita nell’intersezione di una pluralità di dimensioni e bisogni ed implica la necessità di interventi di azione non solo sanitari ma anche sociali ed economici (Pizza 2005). «La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente un’assenza di malattie o di infermità – riguardante tutti gli aspetti relativi all’apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni». Più avanti si legge: «La salute riproduttiva implica quindi che tutte le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando, e quanto spesso farlo. Implicito in quest’ultima condizione è il diritto di uomini e donne ad essere informati ed avere accesso a metodi di pianificazione di loro scelta che siano sicuri, efficaci, economicamente accessibili ed accettabili, come anche a metodi di regolazione della fertilità di loro scelta che non siano contrari alla legge, e il diritto ad avere accesso a servizi sanitari appropriati [...]» (Paragrafo 7.2 del Programma d’Azione della Conferenza de Il Cairo, 1994)¹²⁵.

Tale definizione è il risultato di una negoziazione tra organismi istituzionali (OMS, settori vincolati al sistema internazionale di pianificazione familiare, rappresentanti dei singoli governi, ecc...) e diverse correnti della società civile (gruppi attivisti di diritti umani, femministe, movimenti lesbici e omosessuali). Le rivendicazioni di questi gruppi a favore di una maggior attenzione alla donna e ai diritti relativi al corpo e alla sessualità acquistano, a partire dagli anni ‘80, visibilità e consenso, fino a diventare centrali, a metà degli anni novanta, nei discorsi nelle azioni internazionali, contribuendo in questo modo al cambiamento di paradigma emerso dalle Conferenze del Cairo e di Pechino¹²⁶.

¹²⁴ “Diritti Riproduttivi e Salute Riproduttiva” è il titolo del Capitolo 7 del Programma d’Azione della Conferenza e comprende al suo interno le seguenti sezioni: A) Diritti riproduttivi e salute riproduttiva (7.2 - 7.11); B) Pianificazione familiare (7.12 – 7.26); C) Malattie a trasmissione sessuale e prevenzione del virus da immunodeficienza umana (HIV) (7.27 – 7.33); D) Sessualità umana e relazioni tra i sessi (7.34 – 7.40); E) Gli adolescenti (7.41 – 7.48).

¹²⁵ Tale definizione è ripresa integralmente anche dalla successiva Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino (1995) nel paragrafo 94 della sua Piattaforma d’Azione.

¹²⁶ Nelle democrazie europee e americane, con il consolidamento delle politiche pubbliche orientate a gestire la fertilità (anni 70/80) iniziarono a farsi sentire voci dissidenti che denunciavano modalità invasive da parte del personale medico, facendo leva sull’autodeterminazione e la “libertà di scelta”. Tra questi ricoprono particolare

Nell'arena internazionale, per la prima volta, si mette in discussione l'impostazione demografica degli anni precedenti. Sebbene il tema dello sviluppo sia ancora in relazione con quello della popolazione, la centralità data al concetto di salute sessuale e riproduttiva sembra sostituire quella della demografia.

L'attenzione alla pianificazione familiare rimane comunque costante. Si continua a sottolineare la necessità di eliminare gli ostacoli che impediscono l'utilizzo dei metodi contraccettivi, ma anche la "volontarietà" della decisione, libera, informata, senza pressioni o induzioni. Si specifica l'importanza di non imporre mete demografiche ai prestatori di servizi di pianificazione familiare nella forma di target o quote da raggiungere. La comunità internazionale viene chiamata direttamente in causa affinché si stabilisca un'efficiente sistema di coordinazione nel comune impegno di fornire i metodi contraccettivi ai paesi in via di sviluppo o in transizione. Si favorisce la ricerca biomedica per rendere accessibile ad un maggior numero di persone una vasta gamma di "sicuri, efficaci e moderni metodi per la regolazione della fecondità".

Un "concetto integrale" di salute riproduttiva sembra comprendere, almeno in linea di principio, l'ambito della soddisfazione sessuale: il diritto all'autodeterminazione riproduttiva è garantito dalla libertà di scelta individuale basata su una previa ed esaustiva informazione e sul diritto di accesso a servizi medici specializzati, sia prima che dopo il parto.

Se analizziamo il "discorso" (Foucault 2004; 2003) ci troviamo di fronte alla definizione di un programma integrale la cui forza dovrebbe risiedere proprio nella capacità e nella possibilità delle politiche internazionali di integrare nei propri modelli di riferimento la prospettiva di genere. Prospettiva che in quegli anni si costruisce attorno al "discorso" del diritto delle donne di gestire in maniera "libera" il proprio corpo, la riproduzione, la maternità e in generale il proprio percorso biografico (Espinosa 2006).

Il Programma d'Azione si basa su alcuni principi fondamentali e su cui devono modellarsi le politiche demografiche dei paesi firmatari: l'equità ed eguaglianza tra i sessi, il rafforzamento del ruolo delle donne, la sicurezza di avere la possibilità di controllare la propria fertilità (Programma d'Azione della Conferenza del Cairo, 1994, Capitolo 2, Principio 4). Gli Stati sono chiamati ad adottare tutte le misure appropriate per assicurare, basandosi sulla parità tra uomini e donne, l'accesso ai servizi sanitari, inclusi quelli riguardanti la salute riproduttiva, la pianificazione familiare e la salute sessuale. Il principio di riferimento risiede nella

importanza i gruppi di femministe che, a partire da parole d'ordine quali "il corpo è mio" e "diritto ad esercitare la mia sessualità", questionano progressivamente il ruolo sociale della donna e le forme sessuali e riproduttive "tradizionali", arrivando ad una critica dell'esercizio patriarcale del potere all'interno della famiglia, delle comunità, dei gruppi religiosi, dello Stato, delle cliniche e degli ospedali (Ortiz Ortega 1999).

costruzione di programmi sanitari relativi alla salute riproduttiva in grado di fornire la più vasta scelta di servizi, senza alcuna forma di coercizione.

La nozione di “diritti sessuali e riproduttivi”, inizialmente nata all’interno del movimento femminista¹²⁷, viene legittimata istituzionalmente dalla comunità internazionale durante due Conferenze, nel 1984: la Conferenza Internazionale su Donne e Salute di Amsterdam e la Conferenza sulla Popolazione di Città del Messico. È soltanto nel 1994, durante la Conferenza del Cairo, che tale concetto viene rielaborato arrivando ad indicare il diritto all’autodeterminazione riproduttiva di ogni individuo, uomo e donna. “La promozione dell’esercizio responsabile di questi diritti da parte di tutti deve formare la base dei programmi e delle politiche governative e comunitarie nel settore della salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare” (Programma d’Azione della Conferenza de Il Cairo, 1994, Paragrafo 7.3).

In un paragrafo successivo (7.12), dedicato proprio alla pianificazione familiare, si legge che: «I programmi di pianificazione familiare devono avere lo scopo di dare alle coppie e ai singoli individui la possibilità di decidere liberamente e responsabilmente il numero e l'intervallo di tempo fra le nascite dei loro figli avendo le informazioni e i mezzi per farlo, di assicurare che le scelte fatte siano basate sull’informazione e di rendere accessibile un’ampia gamma di metodi sicuri e efficaci»¹²⁸.

Secondo quanto riportato dai documenti ufficiali gli stati si impegnano a promuovere «la parità e l’uguaglianza tra i sessi, responsabilizzare le donne, eliminare ogni tipo di violenza nei loro confronti e assicurare loro la possibilità di controllare la fertilità. [...] La partecipazione piena e paritaria delle donne alla vita civile; culturale, economica, politica e sociale a livello nazionale, regionale e internazionale, come pure l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione basate sul sesso, sono obiettivi prioritari della comunità internazionale» (Programma d’Azione della Conferenza sulla Popolazione e lo Sviluppo de Il Cairo, 1994, Paragrafo 7.3). Si sostiene che: «le relazioni paritarie fra uomini e donne in materia di rapporti sessuali e di riproduzione, oltre al totale rispetto dell’integrità fisica del corpo umano, richiedono il rispetto reciproco e la volontà di accettare responsabilità per le conseguenze del comportamento sessuale. Il comportamento sessuale responsabile e la parità

¹²⁷ In questa prima concettualizzazione femminista si pensano i diritti sessuali e riproduttivi delle donne come: “il diritto di queste a controllare il proprio corpo, regolando la propria sessualità e capacità riproduttiva senza imposizioni, coercizioni o violenza da parte degli uomini, così come la esigenza che essi assumano la propria responsabilità per l’esercizio della propria sessualità. Include, inoltre, il diritto ad adottare decisioni relative alla riproduzione senza soffrire discriminazione, imposizione o violenza” (Salazar 2007: 3, traduzione mia).

¹²⁸ A livello messicano, la *Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar NOM-005-SSA2- 1993, Modificada* riprende sostanzialmente questa definizione e parla della Pianificazione Familiare come diritto di ogni persona a decidere in modo libero, responsabile e informato, sul numero e lo spaziamento dei propri figli e il diritto di ottenere ogni informazione specifica e i servizi idonei riguardanti la riproduzione umana.

nelle relazioni tra i sessi, specialmente se insegnate durante gli anni della formazione, incoraggiano e favoriscono l'instaurarsi di unioni armoniose e rispettose fra uomini e donne» (Programma d'Azione della Conferenza sulla Popolazione e lo Sviluppo de Il Cairo, 1994, Paragrafo 7.34).

Ciò che avviene sembra essere l'affermazione di un cambiamento del paradigma di riferimento per le politiche demografiche: si sostituisce l'orientamento incentrato sulle mete demografiche con un altro che enfatizza, sempre di più, i diritti e l'uguaglianza di genere (González e Mojarro 2012).

Tale processo storico e politico è conseguenza di una sempre maggiore consapevolezza: a livello mondiale, nonostante i tassi di fecondità e di crescita della popolazione fossero scesi, non erano state raggiunte le mete dello sviluppo che ci si era proposti, in corrispondenza della diminuzione della fecondità era comunque cresciuta la povertà. Per la prima volta in vent'anni (dalla Prima Conferenza sulla Popolazione di Bucarest del 1974) si lasciano da parte le mete demografiche e si concentra l'attenzione sull'ambito dei diritti sessuali e riproduttivi.

Entrambi i documenti, redatti in seguito alle due Conferenze del 1994 e 1995, sottolineano i diritti umani della donna e definiscono, a livello internazionale, proposte sostanziali e direttive che hanno avuto grosse conseguenze sulle azioni politiche dei singoli paesi firmatari. I singoli Stati sono chiamati sia ad adottare il discorso della promozione e della difesa dei diritti sessuali e riproduttivi sia ad attuare strategie pratiche che ne garantiscono il reale accesso ai cittadini¹²⁹.

Oggi, a oltre quindici anni dal Cairo, il dibattito sul significato e sulle politiche della salute sessuale e riproduttiva rimane aperto. All'interno di questo dibattito esistono alcune questioni critiche che maggiormente dovrebbero essere discusse: una visione monolitica delle tecnologie biomediche; una poca considerazione delle diversità culturali, politiche, economiche e storiche; la mancata messa in discussione del paradigma dominante della crescita economica a qualsiasi costo; una critica di come la prospettiva di genere venga applicata e utilizzata all'interno di politiche e programmi legislativi e assistenziali.

¹²⁹ «Come risultato della firma degli Accordi del Cairo, il governo messicano stabilì tra gli obiettivi del Piano Nazionale per lo Sviluppo 1995-2000, la promozione di programmi ed azioni “volti a garantire alle donne l'uguaglianza delle opportunità in fatto di educazione, formazione, lavoro, e la totale equità nell'esercizio dei loro diritti sociali, giuridici, civili, politici e riproduttivi”. Al fine di rispettare tale accordo e tale impegno il potere esecutivo federale presentò il primo Programma Nazionale della Donna” (González e Mojarro, 2012: 125, traduzione mia).

Inoltre si produce anche un cambiamento di terminologia, dal momento che tra gli anni 1994-2000 viene creato per la prima volta un Programma di Salute Riproduttiva (*Programa de Salud Reproductiva*), all'interno del quale si incluse il già esistente Programma di Pianificazione Familiare (*Programa de Planificación Familiar*). Infine, nel 2003 nasce il Centro Nazionale per l'Equità di Genere e per la Salute Riproduttiva *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.

Nel 1999 la Sessione speciale dell'Assemblea generale dell'Onu "Il Cairo +5" ha valutato i progressi compiuti nei cinque anni trascorsi dalla Conferenza in direzione degli obiettivi concordati allora, mettendo in evidenza gli ostacoli incontrati e fissando nuovi traguardi da raggiungere.

Gli impegni internazionali in merito alla salute ed ai diritti sessuali e riproduttivi sono riconfermati e ampliati durante il processo di revisione de "Il Cairo +5", quando i vari Stati firmatari dell'Accordo stilano un nuovo documento in cui si assumono le responsabilità di:

- eliminare qualsiasi forma di coercizione nei programmi di pianificazione familiare, includendo i sistemi di incentivi o le mete demografiche imposte dai governi ai lavoratori del settore;
- promulgare e garantire il rispetto delle leggi che sanzionano coloro che compiono pratiche e atti di violenza contro donne e bambine;
- proibire e penalizzare la sterilizzazione forzata, l'aborto forzato, l'uso forzato di contraccettivi, la prostituzione forzata e alcune pratiche tradizionali e consuetudinarie provenienti da fonti culturali ed estremiste, come forme di violenza contro donne e bambine;
- promuovere e difendere la completa implementazione degli impegni de Il Cairo e Pechino rispetto alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi con il fine di raggiungere la meta di accesso universale per l'anno 2015.

Ampliando lo sguardo al più ampio panorama delle politiche internazionali relative alla salute, è utile ricordare che dalla metà degli anni Novanta la Banca Mondiale assume un ruolo sempre più rilevante nell'ambito sanitario internazionale anche a causa dei fallimenti dell'OMS. Questi fallimenti riguardano il mancato raggiungimento dell'estensione globale della salute, l'indebolimento della sua funzione guida nella definizione delle politiche, ed in particolar modo alla mancata promozione di strategie internazionali concernenti il cambiamento della politica economica e finanziaria del sistema sanitario. Il progetto "Salute per tutti entro l'anno 2000" viene soppiantato nel 1990 da una serie di obiettivi verticali e specifici: i *Millenium Development Goals* (MDG). Tali obiettivi sono complessivamente otto: eradicare la povertà estrema e la fame, rendere universale l'istruzione primaria, promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne, ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute materna, combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie, garantire la sostenibilità ambientale e sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo.

Gli obiettivi del millennio si sarebbero dovuti raggiungere entro l'anno 2000, ma con l'avvicinarsi della data prefissata è sempre più chiaro che gli indicatori non avrebbero raggiunto gli obiettivi desiderati. Alla fine degli anni novanta, quando ormai è lampante il

fallimento del programma, l'intervento viene rinegoziato e la scadenza posticipata al 2015. In tempi molto recenti, durante la Conferenza delle Nazioni Unite Rio+20, nel giugno del 2012, il raggiungimento di tali obiettivi è posticipato nuovamente ed è affiancato dalla definizione di una nuova agenda per lo sviluppo e la sostenibilità, definita appunto agenda post-2015.

In linea con le decisioni di tale conferenza, i nuovi obiettivi dovranno integrare la dimensione economica, ecologica e sociale dello sviluppo sostenibile ed essere applicabili a tutti i paesi del mondo, anziché soltanto ai gruppi di popolazioni povere del Sud del mondo, come sette su otto degli obiettivi precedenti.

Sebbene siano stati posticipati e modificati nel corso del tempo, oggi due degli Obiettivi del Millennio, promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne e migliorare la salute materna, rappresentano punti delle politiche e dei programmi inerenti la salute e diritti sessuali e riproduttivi in Messico, così come in tutto il mondo. Direttamente collegato alla possibilità di raggiungere tali obiettivi è la necessità di abbattere la mortalità materna¹³⁰. Quello della mortalità materna rappresenta un tema ricorrente negli ambienti accademici, politici, dei movimenti civili e del settore sanitario pubblico sia a livello nazionale che internazionale. Il tasso di morte materna, inoltre, è un indicatore utilizzato dalle agenzie internazionali per quantificare il grado di "sviluppo" di un paese. Questa impostazione ha contribuito a focalizzare la promozione della salute sessuale e riproduttiva, in base ad interventi medici centralizzati mirati alla prevenzione della mortalità materna (Sesia 2006). Tale problema è considerato e affrontato prevalentemente nei suoi aspetti clinici senza azioni critiche rispetto all'articolazione delle sue molteplici cause, in cui prevale una logica della (nuda) vita, intesa come diritto alla sopravvivenza, piuttosto che una prospettiva di "giustizia sociale", laddove le due "etiche" potrebbero invece proficuamente integrarsi a vicenda¹³¹ (Pellecchia e Zanutelli 2010).

¹³⁰ Durante la Conferenza del Millennio (2000) si propone l'accordo di ridurre la mortalità materna del 75% entro il 2015. Nel caso del Messico ciò implica abbassare l'indice di morte materna a meno di 22 ogni 100mila nascite. Oggi, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Mortalità Materna, l'indice è di 44 ogni 100mila nascite. Siamo quindi lontani dalla possibilità di raggiungere la meta prefissata nel corso del 2015.

¹³¹ La prospettiva della giustizia sociale invita a considerare il corpo come un soggetto storicamente attraverso dispositivi sociali specifici. Invita ad affrontare la malattia e le terapie come forme di esperienza sociale, politica, economica, che interrogano le gerarchie e gli squilibri a livello locale, nazionale e transnazionale (Pellecchia e Zanutelli 2010).

5.2 Diritti sessuali e riproduttivi in Messico: una breve storia locale

Nel corso della storia, il Messico sperimenta cambiamenti sostanziali nelle politiche demografiche. Tra l'epoca coloniale e l'indipendenza, la crescita della popolazione rappresenta un elemento positivo: fornisce, prima, manodopera nelle piantagioni, poi tributari, infine "uomini per la costruzione della nazione". Durante il XX secolo, si assiste ad un decisivo cambio di rotta, attraverso un interventismo statale che assume, tra la prima e la seconda metà del secolo, lineamenti sostanzialmente opposti e precedentemente impensabili. "Iniziando dal 1920 e durante tutte le decadi successive, si incoraggiarono le donne a dimostrare la loro lealtà nei confronti dello Stato convertendosi in madri e lavoratrici"¹³² (Ortiz-Ortega et Al. 2006: 268, traduzione mia). Dal punto di vista legislativo, l'utilizzo dei metodi contraccettivi è ristrettivo e interessa solo il Codice Sanitario, che è a sua volta associato a due leggi generali sulla gestione della popolazione (approvate rispettivamente negli anni trenta e negli anni Quaranta). L'obiettivo primario di questi leggi è quello di promuovere la crescita della popolazione e la creazioni di famiglie numerose (Figueroa e Aguilar 2006).

Nel 1936, la *Ley general de Población* continua ad avere come obiettivo l'aumento della popolazione, non solo attraverso la crescita naturale, ma anche favorendo l'immigrazione e il rimpatrio di quanti erano emigrati (Cervantes Carson 1998). Lo Stato post-rivoluzionario, sul modello degli Stati nazione europei, acquisisce un ruolo sempre più attivo nel tentativo di attuare una gestione razionale della propria popolazione. Il controllo sul corpo sociale si esplicita anche attraverso la definizione di una retorica pubblica che presenta l'aumento della popolazione come un obiettivo essenziale per il benessere, la crescita e la difesa della nazione¹³³.

E soltanto a metà degli anni Settanta che il considerevole aumento della popolazione rilevato nel paese inizia a costituire motivo di preoccupazione, soprattutto nella prospettiva delle "teorie sviluppiste" il cui obiettivo dichiarato è ridurre l'eccessiva crescita demografica a livello nazionale. Tale crescita è considerata come un dato fortemente negativo sia, da un

¹³² A partire dagli anni venti, e in tutte le decadi successive, le donne sono state incitate a dimostrare la loro lealtà allo Stato convertendosi in madri e lavoratrici.

¹³³ Tra le varie misure adottate dalla politica pro-natalista, risalta il divieto della produzione, importazione, diffusione e commercializzazione di tutti i prodotti che impediscono il concepimento o interrompano la gravidanza, incluso l'aborto, tuttora proibito.

punto di vista malthusiano, rispetto alle previsioni di occupazione e di alimentazione, sia perché viene considerata come una delle cause della povertà¹³⁴ (Vázquez Sandrin 2010).

Fattori interni di allarme e influenze internazionali¹³⁵, legate anche al fermento conseguente la I Conferenza Mondiale sulla Popolazione di Bucarest, forniscono la spinta decisiva per la riforma, nel 1973, dell'Articolo 4 della Costituzione degli Stati Uniti Messicani. La contraccezione viene legalizzata. Rendere accessibile l'utilizzo dei metodi contraccettivi significa rendere esercitabile il diritto fondamentale di ogni persona a decidere in maniera libera, responsabile e informata sul numero e lo spaziamento dei figli¹³⁶. Si tratta di un passo storico. Un repentino cambiamento di traiettoria nelle politiche nazionali che suscita scontri e dibattiti, tanto nel panorama politico quanto nell'opinione pubblica. La decisione istituzionale porta ad un clima teso definito dalla lotta politica tra istanze opposte, quelle cattoliche da un lato e quelle femministe dall'altro. Si aggiunge la prevedibile irritazione della Chiesa per una modifica costituzionale che apre a scenari nuovi e, soprattutto, inaccettabili. Tale situazione impedisce di affrontare, in quel particolare momento storico, un altro tema importante all'interno dell'ambito dei diritti riproduttivi e sessuali: l'interruzione volontaria della gravidanza. L'aborto, e tutte le implicazioni che tale pratica comporta, politicamente, ideologicamente, religiosamente, e socialmente, resta fuori dal tavolo delle trattative ed, oggi, continua ad essere oggetto di dibattito e di scontri nell'arena politica locale. L'interruzione volontaria della gravidanza, infatti, è legale e riconosciuta come un diritto della donna solo nella giurisdizione del Distretto Federale, corrispondente a tutto il territorio di estensione della capitale della Repubblica Federale, Città del Messico. Ad eccezione del *Distrito Federal*, a tutt'oggi l'aborto in Messico è illegale in tutti gli Stati, tranne in tre casi: che ci sia rischio di morte per la donna, in caso di violenza sessuale comprovata o in presenza di anomalie nel feto che siano incompatibili con la vita. Oggi esistono molti movimenti in Messico a favore della depenalizzazione dell'aborto e le associazioni femminili stanno cercando di fare entrare il tema nell'agenda politica dei governanti.

La modifica dell'Articolo 4 permette la promulgazione della *Nueva Ley General de Población*, che entra in vigore nel gennaio 1974 e il cui obiettivo, dichiarato nell'Articolo 1, è quello di «regolare i fenomeni che incidono sulla popolazione in quanto a volume, struttura,

¹³⁴ “Ridurre la crescita demografica nazionale eccessiva, che era considerata come un dato negativo dal punto di vista malthusiano per le previsioni di occupazione e di alimentazione, oltre ad essere considerata come una delle cause della povertà” (Vázquez Sandrin, 2010: 182, traduzione mia).

¹³⁵ Tra questi anche l'interesse statunitense, per motivi di sicurezza nazionale connessa all'immigrazione, per la diminuzione della popolazione dei paesi dell'America Latina, richiesta come condizione nelle trattative economiche con i vari stati (Vázquez Sandrin, 2010).

¹³⁶ “Art. 4, Par.I. L'uomo e la donna sono uguali davanti la legge. Quest'ultima protegge l'organizzazione e lo sviluppo della famiglia. Par. II Ogni persona ha diritto a decidere in modo libero, responsabile e informato circa il numero di figli e il tempo di attesa tra uno e l'altro”.

dinamica e distribuzione sul territorio nazionale, con il fine di ottenere che essa partecipi in maniera giusta ed equa allo sviluppo economico e sociale»¹³⁷. Nell'Articolo 5 della legge si sancisce, inoltre, la nascita di un nuovo organismo istituzionale, il CONAPO (*Consejo Nacional de la Población*), incaricato da allora in avanti della “pianificazione demografica del paese” mediante la promulgazione, la direzione e la gestione di Programmi Nazionali di Pianificazione Familiare a scadenza esennale¹³⁸.

La Legge della Popolazione, nel dichiarare che lo Stato ha l'obbligo di offrire servizi di pianificazione familiare gratuiti in tutte le istituzioni sanitarie pubbliche, affida l'applicazione di questi programmi, e il raggiungimento delle mete demografiche contenute in essi, alla *Secretaría de Salud*. Il focus strategico specifico è rivolto alla promozione e alla diffusione dell'accesso ai metodi anticoncezionali. Tale strategia viene inserita nella *Ley General de Salud*, promulgata nel 1984, e regolata attraverso norme tecniche specifiche, come la *NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar*, volte a stabilire misure, servizi e protocolli per quest'area specifica del settore sanitario.

Nel Capitolo IV del Titolo Terzo della *Ley General de Salud* si legge che: «la pianificazione familiare assume un carattere prioritario. All'interno di queste attività si devono includere l'informazione e orientamento educativo per gli adolescenti e per i giovani. Allo stesso tempo, con l'obiettivo di diminuire il rischio riproduttivo, si devono informare le donne e gli uomini su quanto possa essere *inconveniente (rischiosa)* una gravidanza prima dei venti anni e dopo i trentacinque e quanto, invece, sia *conveniente* ampliare il tempo tra una gravidanza e l'altra e ridurre il numero; tutto questo attraverso una *corretta* informazione relativa ai metodi contraccettivi che deve risultare opportuna, efficace e completa per la coppia. I servizi che vengono offerti in questo ambito costituiscono un mezzo per l'esercizio del diritto di ogni persona a decidere in modo libero, responsabile e informato sul numero dei figli, nel pieno rispetto della dignità di ogni soggetto»¹³⁹ (traduzione e corsivo mio).

¹³⁷ “ART 1, *Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de observancia general en la República. Su objeto es regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.*”

¹³⁸ In questo lavoro i piani vengono presi in considerazione corrispondendo al periodo in cui è stato svolto il lavoro di ricerca sul campo sono: 2008-2012; 2013-2017.

¹³⁹ “La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”.

Le politiche ed i programmi che vengono attuati all'interno delle strutture ospedaliere in base alle direttive della *Secretaría de Salud* hanno un carattere prioritariamente basato sulla pianificazione familiare. Nell'attuazione di queste direttive manca, nonostante la legge lo preveda, una corretta informazione contraccettiva *per la coppia*: gli uomini, infatti, sono totalmente esclusi dai programmi di pianificazione familiare¹⁴⁰.

Come abbiamo visto, dopo alcuni decenni di politiche pronataliste, nel 1973 la modifica dell'Articolo 4 della Costituzione, stabilisce il diritto ad una decisione libera, responsabile e informata su quando e quanti figli avere (Figueroa 1998). Ciò che sembra andare in una direzione di maggiore libertà nei modi di vivere la propria corporeità, sessualità, e maternità/paternità, si traduce nei fatti in un controllo sui corpi, e in primo luogo sui corpi femminili, in linea con la tendenza internazionale. La sovrappopolazione è sempre più relazionata in maniera causale con il sottosviluppo e con i sempre più consistenti squilibri tra popolazione e risorse. A livello mondiale, le motivazioni ecologiche accompagnano quelle economico-sociali per sostenere la necessità di interventi regolatori della crescita, introducendo il fattore che riguarda le dinamiche della popolazione nei piani di sviluppo¹⁴¹. I paesi che il “discorso sullo sviluppo”¹⁴² definisce come “sottosviluppati” vantano un numero di nascite nettamente superiore rispetto a quelli del “primo mondo”, e divennero oggetto privilegiato della pressione internazionale per il controllo della fecondità.

Il presupposto è che sebbene queste popolazioni siano disposte a ridurre il numero dei propri figli, da un punto di vista pratico, risultano essere prive delle conoscenze per farlo. Si tratta dunque di mettere a disposizione gli strumenti e l'informazione necessaria affinché ciò accada (Duden 2006). Sono gli anni della Conferenza di Bucarest (1974), in cui si afferma, all'interno dell'arena internazionale, che il miglioramento delle condizioni di vita e la maggior capacità di risparmio e investimento dipendono in ultima istanza dal tasso di crescita della popolazione (Lassonde 1997).

¹⁴⁰ Si tratterà di questo tema specifico in capitoli successivi.

¹⁴¹ Basti dire che nel 1969 nasce l'UNFPA (*United Nation Fund for Population Activities*), uno speciale organismo all'interno all'ONU, che si preoccupava di studiare specifici programmi con lo scopo di regolamentare i processi demografici mondiali.

¹⁴² Riprendendo le analisi di Michel Foucault ed Edward Said, Arturo Escobar definisce lo sviluppo come un “discorso storicamente prodotto”, una prospettiva che consentirebbe al tempo stesso di comprendere le ragioni per cui i paesi ex coloniali “cominciarono a considerarsi all'inizio del secondo dopoguerra sottosviluppati, in che modo ‘svilupparsi’ si trasformò per essi in un problema fondamentale e perché, da ultimo, essi si imbarcarono nell'impresa di ‘de-sottosvilupparsi’ sottomettendo le loro società a interventi sempre più sistematici, dettagliati e intensi” (Escobar 2010: 39). In questo senso, lo sviluppo può essere inteso secondo Escobar come un discorso “orientalista”: “nella misura in cui gli esperti politici occidentali cominciarono a vedere come un problema certe condizioni dell'Asia, dell'Africa e dell'America Latina fece la sua apparizione un nuovo campo di pensiero e di esperienza. [...] Creata inizialmente negli Stati Uniti e in Europa occidentale, la strategia dello sviluppo si convertì in pochi anni in una potente forza all'interno dello stesso Terzo Mondo” (ibidem).

Nel giro di cinquant'anni, dunque, la popolazione non è più solo un insieme di persone ma diventa un soggetto a sé stante, disincarnato, delle politiche di sviluppo.

«Tra le parole di plastica, popolazione ha uno statuto particolare: non aggrega cose, ma persone, non traduce le cose in dollari, ma le persone in unità prive di carne e sangue, che possono essere manipolate come classi senza caratteristiche proprie; quantità che si riproducono, producono, consumano, inquinano l'ambiente e che, nell'interesse della comunità, chiamano in causa il controllo» (Duden 2006: 206).

A questo proposito Barbara Duden, analizzando le precise fasi storiche di questo cambiamento, individua nell'avvento della statistica del 1800 uno strumento decisivo per analizzare i processi di massa, senza prendere in considerazione i comportamenti individuali. «La statistica divenne il vademecum, il nuovo latino dell'intera scienza moderna e la parola "popolazione" perse il suo riferimento a persone in carne ed ossa» (Duden 2006: 204). Solo a metà del secolo scorso, però, il controllo della popolazione emerge come necessità di Stato di fronte al timore dell'esplosione demografica. «Da necessità di Stato diventa poi l'aspetto più aggressivo di tutte le strategie di gruppo esogene» (ibidem: 212). Già nel 1927, Margaret Sanger, pioniera della pianificazione familiare (in parte pensata sulla base di discutibili motivazioni eugenetiche), organizza di sua iniziativa la Prima Conferenza Mondiale sulla Popolazione a Ginevra, dando impulso all'internazionalizzazione della questione e all'avvio di studi scientifici sul tema (Lassonde 1997). Negli anni Cinquanta, promossa dal *Populacion Council*¹⁴³, la pianificazione familiare si inserisce a tutti gli effetti nei discorsi e nelle politiche dei governi Nixon e successivamente Bush. La "sovrappopolazione" è una minaccia per il raggiungimento degli obiettivi dello sviluppo e la popolazione deve essere controllata attraverso la trasformazione del comportamento demografico.

Non è forse un caso che, proprio in Yucatán, sia stato il lavoro di Margaret Sanger, facilitato dal contesto politico di quegli anni, a dare impulso alle prime strategie della pianificazione familiare; in un momento storico in cui nel resto del Messico l'utilizzo della contraccezione non era neanche pensabile. Quando Amelia, l'avvocatesa che lavora presso l'organizzazione civile afferente al movimento Pro-Choice in cui ho condotto una parte della ricerca, mi racconta il legame tra Margaret Sanger, le politiche internazionali e la storia dello Yucatán non colgo fino in fondo le implicazioni di quello che mi sta dicendo. Soltanto, a posteriori, si

¹⁴³ È un'organizzazione internazionale non governativa, conduce ricerche nel campo biomedico, delle scienze sociali e della salute pubblica. La maggior parte del suo lavoro riguarda il campo della salute riproduttiva e sessuale, con particolare attenzione alla contraccezione e all'AIDS. Inoltre detiene la licenza farmaceutica del *Norplant* (impianto contraccettivo) e del *Mirena* (dispositivo intrauterino ormonale). È stata fondata nel 1952 da John Rockefeller ed è storicamente documentato come, la filosofia che ispira il lavoro di questa organizzazione, soprattutto intorno agli anni cinquanta, abbia avuto un orientamento fortemente collegato alle teorie eugenetiche.

è andato per me chiarificando il legame tra la storia e il contesto di processi che sono al tempo stesso, locali, nazionali e internazionali.

“Già sai che durante il governo di Carrillo Puerto¹⁴⁴ (1922-1924) si sono verificati molti cambiamenti in merito ai diritti sessuali e riproduttivi, quando ancora non si conoscevano né se ne parlava. È in questo periodo che viene approvata la legge sul divorzio, che in qualche modo ha a che vedere con i diritti sessuali. Cioè “io non voglio più essere più sposato con te, non voglio più vivere con te carnalmente”. E quindi in quel momento storico si inizia a dare un grande impulso alle campagne di pianificazione familiare che ancora si chiamavano di controllo della natalità. Tanto è vero che molte persone pensano che Margaret Sanger è venuta fino in Yucatán, però non è vero, perché lei non è mai venuta. Sono venute delle sue allieve, delle sue compagne di lavoro, altre ostetriche. [...] Margaret Sanger è un'ostetrica, statunitense. Lei cominciò a parlare del fatto che le donne avevano il diritto di controllare il numero dei propri figli. La stessa cosa che è successa con le cliniche in cui si può abortire negli Stati Uniti, che vengono attaccate in continuazione... la stessa cosa. Dovettero andarsene [lei e le sue compagne] e allora scrive un piccolo manifesto che si chiama “La bussola della casa”. Contiene informazioni per il controllo della natalità, parla delle docce vaginali, dei distinti metodi che potevano essere utilizzati per controllare il numero dei figli. Quando Carrillo Puerto è eletto governatore c'era tutta una struttura che era quella del partito socialista, dell'unione delle operaie e delle contadine e di tutte le donne che lavoravano e stavano sostenendo la politica di Carrillo Puerto. Allora la sorella gli chiede [a Carrillo Puerto] di portare in Yucatán tutta quell'informazione, si porta il libricino che era stato scritto, si traduce e si riproduce, si fanno riunioni, si organizzano visite nei paesi e tutto... e si inizia a spiegare attraverso tutte queste cose perché è un diritto controllare il numero dei figli. E quindi tutte queste azioni si possono considerare come una forma di diffusione del diritto alla salute sessuale e riproduttiva”¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Felipe Carrillo Puerto era un politico, rivoluzionario, esponente del Partito Socialista del Sudest. È stato uno dei più famosi governatori dello Yucatán. Il suo governo durò dal 1922 al 1924. In quegli anni vennero approvate numerose riforme che portarono lo stato ad essere all'avanguardia rispetto alla condizione del resto del Messico. Quel periodo storico è ancora oggi ricordato dalla popolazione e dagli intellettuali come una delle fasi di maggiore fioritura e avanzamento della vita dello stato, politicamente, economicamente, culturalmente e socialmente.

¹⁴⁵ “Lo curioso acá es que no fue en la época de Carrillo Puerto. Ya ves que en la época de Carrillo Puerto se dieron muchos cambios relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos que realmente ni se conocían ni se decía. Pero podemos hacer la interpretación. Por ejemplo es cuando se aprueba la ley de divorcio que tiene que ver con derechos sexuales, ósea yo ya no quiero estar casado contigo, ya no quiero convivir carnalmente contigo. Ahí también se dio mucho impulso a las campanas del planificación familiar que se llamaban de control de la natalidad, no? Que mucha gente piensa que Margaret Sanger vino a Yucatán, pero no, no fue ella. Fueron sus discípulas. Fueron una obstetricas también que eran compañeras de trabajo. Margaret Sanger es una obstetra me parece que es gringa y ella empezó a hablar de que las mujeres tenían derecho a controlar el numero de hijos que tenían y entonces la liga de la decencia que estaba en U.S.A. estaba

Lo Yucatán sembra quindi essere all'avanguardia già prima che le politiche di pianificazione familiare fossere rese operative in tutto il resto della Repubblica¹⁴⁶.

In Messico, il cambiamento del paradigma di riferimento si esplicita, da un punto di vista giuridico, nella promulgazione della nuova *Ley General de Población* del 1974, il cui obiettivo dichiarato è quello di regolare i fenomeni demografici: il volume, la struttura, la dinamica e la distribuzione della popolazione sul territorio (Cervantes Carson 1998). Il nuovo termine di “pianificazione familiare” si riferisce al controllo delle nascite, tale scelta è funzionale a non incorrere nel rifiuto dei diversi settori che si oppongono all'utilizzo dei contraccettivi, e allo stesso tempo, a connettere questa politica all'idea di pianificazione che domina negli organismi nazionali ed internazionali. L'esecuzione dei programmi viene attuata principalmente attraverso i servizi sanitari pubblici. Ciò di fatto si traduce in una progressiva istituzionalizzazione e medicalizzazione della sessualità e della maternità¹⁴⁷ (Ortiz Ortega 1999).

Dieci anni dopo l'introduzione della prima politica demografica, il contesto economico e sociale messicano è considerevolmente cambiato. Con la crisi petroliera e finanziaria, l'economia retrocede e il governo in carica si trova a dover affrontare un forte debito esterno¹⁴⁸. Le amministrazioni, successive al 1982, impostano il modello di sviluppo e quello

en contra de ella y la empezaron a atacar. Lo mismo que ha pasado con las clínicas de aborto en U.S.A., que las atacan y todo...lo mismo. Tuvieron que irse y ella hizo un folleto que se llama “La brújula del hogar” este folleto contiene informaciones para el control de la natalidad, habla de las duchas vaginales, de distintos métodos que había para que las mujeres pudiesen controlar el número de hijos. Cuando Carrillo Puerto es elegido gobernador acá en Yucatán había toda una estructura porque era el partido socialista de las ligas y de obreras y de campesinas y de las mujeres que manejaban y que estaban apoyando entre ellas a Carrillo Puerto. Su hermana le pide a él que se traiga esta información, se lleva el folleto acá, se reproduce, hacen reuniones, visitas a los pueblos y todo. Donde se explica porque es su derecho controlar el número de hijos. E igual aquí los grupos conservadores empiezan a estar en contra de todo esto. Entonces todas estas acciones se pueden considerar como una forma de ir difundiendo los derechos a la salud sexual y reproductiva” [Intervista 09/03/12].

¹⁴⁶ Effettivamente questa considerazione potrebbe essere valida ancora oggi soprattutto se pensiamo all'ordinamento giuridico statale in relazione al tema dell'aborto. Sebbene affronterò questa tematica specifica più avanti, è interessante sottolineare come, anche oggi, lo Yucatán continui ad essere, in qualche modo, all'avanguardia rispetto al resto della Repubblica. Si tratta, infatti, dell'unico Stato in cui si riconosce (solo a livello di diritto teorico) la possibilità di abortire in maniera legale quando le motivazioni della donna sono legate a problemi di ordine economico e materiale, che incidono sulla possibilità di portare avanti una gravidanza non pianificata.

¹⁴⁷ Parallelamente all'avvento della statistica, quello della medicalizzazione del corpo femminile, risulta essere un fattore chiave per il controllo e la gestione della popolazione. Agli inizi del XIX secolo, con la diffusione del movimento eugenetico, il corpo femminile e il suo processo riproduttivo diventano soggetti allo scrutinio e al controllo medico, non solo al fine di garantire la salute delle donne ma anche, e soprattutto, quella dello Stato.

¹⁴⁸ Sul finire degli anni '80, inoltre, la caduta dei prezzi internazionali del caffè causa un calo definitivo dell'impiego in attività agricole. Le risposte sono molteplici: molte donne iniziano a dedicarsi al lavoro artigianale, destinato alla vendita ai turisti; si intensifica la piccola produzione agricola, il lavoro in piccole imprese di trasporto; aumenta e si modifica il fenomeno della migrazione (ci si sposta per tempi più lunghi e verso luoghi più distanti). Per esempio è altissima, in Yucatán, la percentuale di popolazione che inizia proprio in quegli anni a spostarsi verso gli Stati Uniti, paese di elezione della maggior parte degli emigranti locali ancora oggi. In generale in questo momento storico la crisi economica, che non è mai stata completamente superata e che negli ultimi anni si è piuttosto accentuata, produce una stratificazione sociale ancora più definita e l'acuirsi

statale aderendo alla teoria del neoliberalismo. Si indebolisce progressivamente la forza regolatrice dello Stato ed inizia quel processo di privatizzazione del sistema di salute di cui ho parlato nel capitolo precedente. La salute diventa sempre più una merce piuttosto che un servizio (Sen 2002). In questo contesto, prendono il via i Piani di Aggiustamento Strutturale¹⁴⁹, promossi dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale, con cui si prevede di far fronte ai creditori sia attraverso le entrate derivanti dalla privatizzazione di imprese e di servizi prima gestiti dallo Stato; sia favorendo la diminuzione della spesa pubblica. La portata ed il peso di questo processo è evidentemente cruciale anche in ambito sanitario.

5.3 Pianificazione familiare e diritto alla contraccezione

Nel 1995 (anno della conferenza di Pechino) in Messico, il rapporto tra i nuovi ideali (di diritti sessuali e riproduttivi), l'urgenza di raggiungere mete demografiche di riduzione della crescita della popolazione e le pressioni internazionali volte alla diminuzione della mortalità materna, portano alla definizione del Programma di Salute Riproduttiva e Pianificazione Familiare. Tale programma, sebbene da allora sia stato soggetto a continue modificazioni, resta ancora oggi l'asse di riferimento a partire del quale si definiscono le politiche sanitarie dirette alle donne.

Nonostante la retorica sulla necessità di utilizzare e rendere efficace la prospettiva di genere e di superare gli approcci precedenti, le donne rimangono di fatto le uniche destinatarie delle politiche di salute riproduttiva (ridotta alla salute materna e alla pianificazione familiare come

delle differenze e delle disparità tra le diverse classi sociali. Oggi il Messico è uno dei paesi con il più alto tasso di disuguaglianza sociale, tra i suoi cittadini troviamo tra i più poveri e più ricchi al mondo.

¹⁴⁹ Verso la fine degli anni settanta i proventi derivanti dalla globalizzazione del mercato rendono le imprese multinazionali attori politici di primo piano e con interessi che si dipanano su scala internazionale. Attraverso le risorse spendibili in attività di lobby diventano in grado di influenzare in modo determinante le politiche nazionali degli stati. Con la copertura data dalle teorie economiche e grazie ad un blocco politico conservatore (con l'inizio degli anni ottanta, il blocco ultra-conservatore neoliberista riesce a prendere le redini del governo degli USA, con Ronald Reagan, e della Gran Bretagna, con Margaret Thatcher), l'approccio neoliberista si afferma sulla scena istituzionale globale. I cardini della nuova ideologia dominante possono essere forse brevemente riassunti in alcuni elementi principali. Gli Stati sono parte del problema e non delle soluzioni e, di conseguenza, la loro influenza deve essere ridotta; il mercato del lavoro e quello finanziario devono essere deregolamentati al fine di liberare quella che viene chiamata "l'enorme creatività del mercato"; il commercio e gli investimenti devono essere stimolati eliminando vincoli di confine e barriere doganali per permettere la piena mobilità di lavoro, capitale, beni e servizi (Martino e Bodini in Pellecchia e Zanotelli, 2010). L'obiettivo dei Piani di Aggiustamento Strutturale è quello di promuovere meccanismi di mercato e di privatizzare aziende e servizi diminuendo l'intervento statale nelle economie. Tuttavia, è ancora oggi evidente il fallimento sociale e politico di tali programmi: le dinamiche di un mercato fondato sul patrimonialismo non sono state modificate e le grandi manovre finanziarie legate alle privatizzazioni sono andate a favore delle élite locali.

questione demografica), nonché i target numerici del programma di pianificazione familiare (Sesia 2007).

Nel Piano Nazionale di Sviluppo del 1995 si dichiara che «il progresso e il benessere (del paese) non possono fondarsi su basi solide se la crescita della popolazione erode costantemente l'accumulazione dei benefici dello sviluppo. È necessario intraprendere una politica della popolazione che propizi la riduzione della crescita demografica e contribuisca a migliorare le condizioni di vita della popolazione» (PEF, 1995). Nonostante le retoriche istituzionali sembrano far leva su elementi diversi, il trionfo alta fecondità-povertà-sottosviluppo rimane la base dell'agire istituzionale. Il controllo e la gestione dell'aumento o della diminuzione della popolazione portano alla definizione di azioni istituzionali che devono essere misurate, standardizzate e quantificate sia negli obiettivi da raggiungere sia nei modi della loro applicazione.

Oggi, le politiche demografiche, il programma di pianificazione familiare e qualsiasi progetto o campagna statale circa la salute sessuale e riproduttiva si fondano principalmente sulla necessità di raggiungere “obiettivi” e di rispettare “mete numeriche”, prefissate e definite sia a livello nazionale che internazionale. Su questa logica si articola anche la gestione quotidiana dei servizi di pianificazione familiare nelle strutture ospedaliere in cui ho condotto la mia ricerca.

L'offerta dei servizi di pianificazione familiare in queste strutture viene regolata sulla base delle indicazioni presenti nella *NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar*, unico vero riferimento per la gestione clinica dei metodi contraccettivi. In tutto il Messico, il servizio di pianificazione familiare è presente in ogni struttura sanitaria ed è sempre fornito in maniera gratuita a tutte le donne, a prescindere da età¹⁵⁰, affiliazione sanitaria e luogo di residenza o cittadinanza. Il medico responsabile del servizio di Pianificazione Familiare dell'ospedale Materno Infantile mi racconta che “il programma di Pianificazione Familiare dagli anni '70, dalla sua creazione, è gratuito, sia per le questioni chirurgiche che per le altre cose, è gratuito. La gente non paga niente, così è stipulato nella Norma Ufficiale Messicana dei Servizi di Pianificazione Familiare della Secretaría de Salud. [Il servizio] è gratuito per tutta la popolazione che voglia accedere, che sia di questo stato o di

¹⁵⁰ Possono accedere al programma di pianificazione familiare tutte le donne fertili senza distinzione di età anagrafica. Ciò implica che, secondo la norma, anche le adolescenti (o minorenni) hanno diritto a ricevere l'assistenza senza l'autorizzazione o la presenza di uno dei genitori o tutori legali. La fornitura di metodi contraccettivi a soggetti minorenni è però particolarmente problematica nella gestione clinica e spesso dipende dalla volontà e dalla posizione personale dei singoli medici.

qualsiasi altra parte. A tutte [le donne] si offre la stessa assistenza, non c'è nessun tipo di discriminazione. Sei italiana, te lo diamo lo stesso [il metodo contraccettivo]!”¹⁵¹.

Negli ospedali in cui ho condotto la ricerca, il programma di pianificazione familiare è gestito in spazi specifici: il *consultorio* (ambulatorio medico) di pianificazione familiare, il reparto di ginecologia ed ostetricia e la sala parto.

Il servizio è offerto sia alle donne, che si rivolgono all'ambulatorio medico, come “*consulta externa*” (visita medica specialistica), sia alle donne che hanno appena partorito, prima di essere dimesse. Questo servizio è frequentato solo da donne e il programma di pianificazione familiare si rivolge solo alle donne: in Messico gli uomini sono, politicamente e praticamente, esclusi dalla gestione della procreazione e della riproduzione (Gutmann 2007a; 2007b; 2009a).

Tutte le strutture mediche dello stato, per norma, dovrebbero essere dotate di ogni metodo contraccettivo, tanto da coprire la vasta gamma di quelli prodotti e commercializzati, a livello farmaceutico. Sebbene, almeno a livello programmatico, la disponibilità e la possibilità di scelta da parte delle donne dovrebbe essere la più ampia possibile, la situazione pratica presenta molteplici criticità che incidono, fortemente, sull'esercizio di diritti e sulle esperienze di vita delle donne. Secondo quanto si legge nella norma, il programma offre metodi temporanei, di barriera e ormonali, e metodi definitivi. I metodi definitivi sono l'occlusione tubarica bilaterale (OTB) per le donne e la vasectomia per gli uomini¹⁵².

Generalmente la tipologia dei metodi offerti dall'istituzione sanitaria è diversa da quelli in commercio per quantità (posologia) e tipologia di ormoni di cui sono composti. Per rispondere ad esigenze di ordine economico, i farmaci sono acquistati a livello statale da case farmaceutiche con cui le istituzioni sanitarie centrali stipulano contratti diretti per la fornitura dei medicinali di base che vengono forniti agli utenti. Tra questi ci sono anche i metodi contraccettivi ed è per questo motivo che, per esempio, le pillole e le iniezioni presentano dosaggi molto alti di progesterone. Le uniche eccezioni sono il dispositivo “Mirena” e

¹⁵¹ “El programa de Planificación Familiar desde los años ‘70, desde su creación, es gratuito tanto para las cosas quirúrgicas y los demás, es gratuito. La gente no paga nada así está estipulado en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud. Es gratuito para toda la población que quiera, sea de este estado o sea de cualquier parte. A todas se les atienden por igual, no hay ninguna discriminación. Vienes de Italia te lo damos también!” [Intervista al medico responsabile del servizio di Pianificazione Familiare dell'ospedale Materno Infantile, 7/11/2012].

¹⁵² L'OTB è un'operazione chirurgica che permette di chiudere i condotti delle tube di Falloppio, impedendo in questo modo la fecondazione. La vasectomia è la resezione, dopo la legatura, dei dotti deferenti dell'uomo. I metodi contraccettivi di barriera funzionano in maniera meccanica, ostacolando e impedendo l'incontro tra spermatozoi ed ovulo e sono: il preservativo e il dispositivo intrauterino (o spirale). I metodi ormonali, funzionano influenzando sulla produzione di ormoni, alterano il ciclo mestruale della donna ed impediscono l'ovulazione e, dunque, permettono di controllare la fertilità. Tra questi metodi troviamo: le pillole, le iniezioni (mensili e bimensuali), i cerotti, il dispositivo intrauterino “Mirena” e l'impianto sottocutaneo “Implanon”.

l'impianto sottocutaneo "Implanon", prodotti entrambi esclusivamente da una casa farmaceutica, i brevetti di questi metodi sono infatti di proprietà del *Population Council*.

Ciò implica che gli effetti collaterali prodotti dalla maggior parte dei metodi ormonali offerti può essere maggiore rispetto a quelli dei metodi che vengono acquistati normalmente nelle farmacie e, di conseguenza, il loro utilizzo è più difficoltoso per le donne.

Tre sono le regole fondamentali alla base della gestione istituzionale del programma di pianificazione familiare: tutte le pazienti che vengono ricoverate nel reparto di ginecologia ed ostetrica, quando vengono dimesse, devono uscire dalla struttura ospedaliera dotate di un metodo contraccettivo; la strategia dell'APEO (contraccezione post-evento ostetrico) e, infine, la firma del "consenso informato".

Una delle prime cose che ho imparato riguardo al programma di pianificazione familiare è stata la *regola* o la *strategia* della "contraccezione post evento-ostetrico". La regola, seguendo quanto si legge nella norma di pianificazione familiare, vuole che ogni paziente che sia ricoverata (per qualsiasi evento ostetrico o ginecologico) sia dimessa dall'ospedale avendo accettato di utilizzare un metodo contraccettivo. Consiste nel fornire alla paziente "la possibilità di scegliere un'opzione contraccettiva prima di essere dimessa dal reparto in cui è ricoverata". In questa fase dell'assistenza, il personale medico ha la responsabilità di promuovere l'adozione di un metodo contraccettivo da parte della paziente.

Tale regola, non solo rappresenta la principale indicazione fornita dall'istituzione centrale ai diversi centri sanitari, ma, come cercherò di spiegare nei prossimi capitoli, diventa il principio regolatore delle politiche di pianificazione familiare nella gestione quotidiana dei servizi medici. La Direttrice del Dipartimento di Salute sessuale e riproduttiva dei *Servicios de Salud de Yucatán* mi dice: "Ci focalizziamo sulla "Norma 05 di Pianificazione Familiare" e sui criteri medici di eleggibilità che sono stati elaborati dall'OMS. In base a questi criteri praticamente diminuiscono molto le opzioni contraccettive. Soprattutto in relazione al fatto che prima avevamo molte più possibilità di copertura nel post-evento ostetrico con i contraccettivi ormonali. Senza dubbio i criteri dell'OMS limitano molto l'utilizzo degli ormonali dopo il parto e questo è legato ai dubbi sullo sviluppo del fegato e del cervello del neonato. Questi criteri furono definiti nel 2005, se non mi sbaglio, e aggiornati nel 2008/2009 quando viene scartata la possibilità dei danni al fegato ma vengono mantenuti allo stesso modo perchè ancora non si sono scartati i danni al sistema nervoso. E quindi, visto che non si può determinare se effettivamente incide o meno sullo sviluppo del sistema nervoso hanno preferito non utilizzarli. I contraccettivi ormonali li stiamo utilizzando successivamente ad un aborto, quando il neonato muore e quindi non si deve allattare. E quindi per tutte le

altre donne praticamente le possibilità che ci restano sono il DIU, l'OTB e il preservativo che sono i metodi che non contengono ormoni”¹⁵³.

La maggior parte degli sforzi e delle attenzioni del settore medico tendono a concentrarsi sulle pazienti che hanno appena partorito e sono ricoverate negli ospedali. Ciò significa che: uno, la pianificazione familiare viene gestita soprattutto a livello ospedaliero¹⁵⁴; due, le donne a cui si rivolge principalmente sono pazienti ricoverate, sono neo-mamme, *donne già mamme*. Se il bacino privilegiato di utenza del programma è quello delle donne che hanno appena sperimentato una gravidanza, le altre donne sono in gran parte, se non escluse, comunque non facilitate nell'accesso alla contraccezione. Mi riferisco soprattutto alle giovani che iniziano a sperimentare la vita sessuale ma anche quelle che, pur avendo figli, vorrebbero controllare la propria vita riproduttiva non necessariamente subito dopo, o in relazione diretta ad, una gravidanza.

La regola del post-evento ostetrico incide fortemente sul tipo di metodo contraccettivo che può essere utilizzato da una donna, incide dunque sulla *possibilità di scelta* e, necessariamente, sul modo di esercitare il diritto di scelta libero e consapevole delle donne. Secondo le indicazioni mediche, una paziente che ha appena partorito non può fare uso di contraccettivi ormonali poiché interferiscono con l'allattamento¹⁵⁵. L'ampio spettro di possibilità si riduce quindi al dispositivo intrauterino, all'occlusione tubarica bilaterale e al preservativo. Queste *donne appena mamme*, in ragione dello specifico momento del proprio percorso autobiografico, possono compiere una scelta molto limitata e questo è un dato importante: in Yucatán i metodi contraccettivi maggiormente utilizzati dalle donne, anche con molte difficoltà, sono proprio il dispositivo intrauterino e l'OTB.

¹⁵³ M: “Nos hemos estados enfocando en la Norma 05 de Planificación Familiar y en los criterios médicos de elegibilidad que elaboro la OMS. En estos criterios prácticamente se cierran mucho las opciones anticonceptivas. En relación de que anteriormente teníamos muchas cobertura en el post evento obstétrico con hormonales. Sin embargo los criterios de la OMS limitan mucho los hormonales después del parto. Había dudas si no se había terminado de formar el bebé, entonces tenían la duda si con los hormonales podían afectar el hígado no desarrollado. Y la otra era en el desarrollo del cerebro. Entonces estos fueron los criterios que salieron, si no me equivoco, en 2005, los actualizar en 2008/09 y allá ya descartan el posible daño hepático y lo dejan a que todavía no han podido demostrar si puede afectar el sistema nervioso. Entonces en base a estas dudas como no pueden determinar si afecta o no, entonces es mejor no utilizar. Los hormonales los estamos utilizando cuando es posterior a una aborto, cuando el bebe fallece y no dan lactancia. Nos quedan para las demás pues prácticamente el DIU, la OTB y el preservativo que no tiene igual este hormonal” [Intervista alla Direttrice del Dipartimento di Salute sessuale e riproduttiva dei *Servicios de Salud de Yucatán*, 21/11/12].

¹⁵⁴ Questa caratteristica del programma di pianificazione familiare è legata anche alla scarsità di metodi di cui sono dotati i centri di salute di primo livello soprattutto nelle zone non urbane. Secondo quanto mi è stato riferito da molte delle donne incontrate e, anche, dai professionisti della salute gli ambulatori di primo livello sono spesso sprovvisti di metodi contraccettivi. Generalmente si possono trovare i preservativi e le pillole e, con più difficoltà, tutti gli altri.

¹⁵⁵ Cercherò di mostrare nel prossimo capitolo quanto l'allattamento insieme al tipo di parto (naturale e cesareo) rappresentino elementi fondamentali che incidono sulla scelta del metodo contraccettivo e sull'esercizio del diritto di *scelta* delle donne.

Posso già fare alcune considerazioni preliminari¹⁵⁶. Questa gestione del programma di pianificazione familiare, secondo la regola, facilita il controllo del programma stesso dal punto di vista delle istituzioni sanitarie. Le pazienti usufruiscono dei contraccettivi maggiormente controllabili e duraturi che sono gestiti quasi esclusivamente dai medici: sono i medici che inseriscono e ritirano il dispositivo, sono i medici che operano sul corpo delle donne l'OTB. Questi metodi non permettono, almeno teoricamente, alle pazienti di decidere in maniera autonoma e soprattutto indipendente dall'azione e dall'interazione con il medico di smettere di utilizzarli. Nel caso dell'OTB è praticamente impossibile, seppure da un punto di vista specificatamente medico ci si potrebbe sottoporre ad una delicata e complessa operazione di ricongiunzione delle tube. Le donne di cui parlo non hanno ovviamente accesso in maniera gratuita¹⁵⁷ a questo tipo di operazione. Il DIU e l'OTB rappresentano, per le istituzioni, i metodi contraccettivi più economici e, quindi, più funzionali alle esigenze finanziarie alla base del funzionamento di questo sistema medico.

La seconda regola fondamentale che ho imparato a conoscere riguarda la necessità di far firmare ad ogni paziente, prima di fornire il contraccettivo scelto, il consenso informato. Il consenso informato, secondo quanto si legge nella norma statale, è l'elemento imprescindibile dall'utilizzo di qualsiasi metodo contraccettivo (esclusi i preservativi). Nel prossimo capitolo parlerò delle tempistiche e delle modalità di compilazione del consenso informato e cecherò di problematizzarle mettendone in luce le implicazioni pratiche. La presenza, o meno, di un consenso informato firmato dalle pazienti è rilevante soprattutto per l'OTB, documenta l'assenza di costrizioni alla sterilizzazione.

Se questi sono i presupposti principali in base ai quali il programma di pianificazione familiare funziona viene da chiedersi quali sono i metodi contraccettivi maggiormente utilizzati dalle donne e come essi si siano modificati nel tempo.

Le politiche di pianificazione familiare, come abbiamo visto, in Messico iniziano negli anni settanta. La tipologia di metodi contraccettivi offerti alle donne negli ultimi trenta anni è rimasta quasi invariata. Nonostante siano stati creati e commercializzati nuovi metodi, quelli maggiormente utilizzati sono sempre gli stessi: OTB, pillole, iniezioni e DIU. Le formule farmacologiche e la percentuale di ormoni presente nei metodi utilizzati oggi è diversa da quella utilizzata negli anni settanta, ciò vale soprattutto per le pillole e per il DIU le cui caratteristiche sono state modificate nel tempo. Il diaframma, presente tra i contraccettivi

¹⁵⁶ Nel prossimo capitolo, parlerò in maniera specifica del funzionamento quotidiano del programma di PF e delle sue implicazioni sulla vita delle donne e degli uomini che ho incontrato.

¹⁵⁷ Si tratta, infatti, di un'operazione secondaria che non è annoverata tra i servizi forniti gratuitamente alle utenti né dal programma di pianificazione familiare né dal *Seguro Popular*.

forniti all'inizio del programma, nel corso del tempo ne è stato escluso, sia perché non è stato accettato dalle donne, sia perché era uno dei metodi più costosi da acquistare. I preservativi ancora oggi restano il contraccettivo meno utilizzato almeno per le donne e gli uomini che si rivolgono alle istituzioni sanitarie statali¹⁵⁸.

Per capire meglio come si sono sviluppate le politiche demografiche nel corso del tempo credo che sia interessante guardare brevemente all'incremento e al decremento differenziato dei diversi contraccettivi forniti dal settore sanitario.

Nel 1976 l'anticoncezionale più usato era la pillola (da più di 1 donna su 3), seguita dai metodi naturali¹⁵⁹ al 23% e dal dispositivo intra-uterino (DIU) usato da un quinto delle donne, mentre la occlusione tubarica bilaterale (OTB) ricopriva il quarto posto con solo il 9% di donne utenti. Alla fine del primo periodo presidenziale, che aveva dato inizio ad una politica demografica stabile e creato un piano nazionale di pianificazione familiare (1976-1982), la situazione muta sensibilmente. L'uso di metodi naturali crolla del 10%, il DIU diminuisce il suo bacino di utenza di 5 punti percentuali così come la pillola che, pur continuando ad essere il metodo più usato, viene praticamente raggiunta dall'occlusione tubarica bilaterale (OTB). La sterilizzazione, in controtendenza rispetto a tutti gli altri metodi, triplica la sua percentuale portandosi al 28%. Nel 1997 la situazione, rilevata venti anni prima, si vede totalmente ribaltata: i metodi tradizionali sono dimezzati (12%)¹⁶⁰; la pillola, da metodo prevalente quale era, scende a meno di un terzo della sua percentuale iniziale (10%), precipitando in quarta posizione. Il DIU rimane più o meno invariato al 20%. La percentuale di donne che fanno uso dell'OTB quintuplica, raggiungendo quasi la metà del totale delle donne che fanno uso di anticoncezionali, parliamo quindi del 45% delle donne. Fino all'anno 2006, l'OTB ha continuato ad espandere la sua copertura sfondando e superando la soglia del 50% di 4 punti percentuali, sempre a scapito degli altri metodi: DIU al 16%, pillola e metodi tradizionali entrambi al 6% (González e Mojarro 2012).

La totalità dei metodi contraccettivi ha diminuito il suo bacino d'utenza in maniera, più o meno, consistente a favore del metodo definitivo della sterilizzazione femminile. Sottolineo,

¹⁵⁸ Riporto che cosa dice il medico responsabile del servizio di pianificazione familiare del Materno Infantile: "Últimos 30 años [i metodi] son los mismos y ha habido nuevos que han aparecidos pero se siguen utilizando los mismos. Anticonceptivos reconocidos desde la ciencia médica desde 1909 en el Programa Nacional del Gobierno Federal se empieza en los 70 y se promulga la Ley de Planificación Familiar como parte del Plan de Salud. Se implementa en toda la República por parte del Ministerio de Salud. Ha habido nuevas formulas ya no son las mismas pastillas que hace 30 años y cambian los modelos del DIU. No se utilizan diafragmas porque no fueron aceptados, no han sido aceptados, no son prácticos y son costosos. No son los más usados los condones".

¹⁵⁹ Questi sono il coito interrotto, il metodo Billings e l'Ogino-Knauss.

¹⁶⁰ Uno dei dati più recenti a cui si può fare riferimento è quello presente nell'*Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* del 2006. La percentuale di metodi contraccettivi moderni - ovvero ormonali, chimici o di barriera - rispetto alla totalità di anticoncezionali utilizzati è addirittura pari quasi al 94%, dimezzando dunque ulteriormente questo dato.

poi, che l'unico altro metodo che nel corso del tempo ha visto un incremento, anche notevole - seppure quasi impercettibile restando il metodo meno utilizzato in assoluto - è la vasectomia, cresciuto dallo 0,6% all' 3%. Negli ultimi anni, è aumentato l'utilizzo dei preservativi (9%) e dei contraccettivi ormonali iniettabili (7%) e sono stati inseriti tra i metodi offerti dalle istituzioni il cerotto e l'impianto sottocutaneo (che aumentano sempre più il loro bacino di utenza).

Oggi, i metodi più utilizzati dalle donne che ho incontrato sono l'OTB, le iniezioni e il DIU.

Una delle ragioni in base alla quale il valore di questo dato diventa più comprensibile risiede nell'esistenza, all'interno dei programmi di valutazione delle politiche di salute riproduttiva, dell'indicatore di efficacia dell'uso di contraccettivi direttamente derivato dalle mete demografiche: *Porcentaje de usuarias de métodos seguros*. La necessità di rispettare gli obiettivi posti dalle politiche demografiche e il funzionamento rigido del sistema di controllo del programma di pianificazione obbligano, in qualche modo, le strutture sanitarie e coloro che forniscono i servizi a mettere a rischio il proprio indice di valutazione (da parte dell'istituzione sanitaria centrale), se non si “consegnano” un numero “adeguato” di pazienti che utilizzano i metodi “più sicuri” (sterilizzazione e DIU) (Bekkers et Al 2003: 7). Tale fenomeno è frutto di un contesto istituzionale che esercita molte pressioni sul personale medico. Come si legge nel lavoro di Bronfman e Castro: «si hanno informazioni abbastanza veritiere secondo le quali, alcune istituzioni del settore pubblico messicano impongono ai medici di rispettare determinate quote di donne da dover tenere sotto controllo contraccettivo» (Bronfman e Castro 1989: 66). Si verificano anche casi, come quello di uno degli ospedali in cui ho condotto la ricerca, in cui tale controllo da parte delle istituzioni viene esercitato fornendo “premi” ai medici che dimostrano di essere più efficace nell'applicazione di determinati metodi.

L'utilizzo di contraccettivi “più sicuri” (ovvero più controllabili dal punto di vista medico) evidenzia come il controllo demografico e medico abbiano, nei programmi istituzionali, un'importanza maggiore rispetto alle decisioni e alle necessità delle donne. I metodi maggiormente utilizzati negli ultimi anni sono quelli che garantiscono una maggiore sicurezza, rispetto al fatto che le pazienti non resteranno incinte di nuovo o cancelleranno definitivamente la propria possibilità di procreare, a coloro che forniscono i servizi e alle istituzioni pubbliche. L'enfasi posta sull'abbattimento dei tassi di fecondità e sulla gestione medico-istituzionale, più che sul miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e soprattutto delle donne, è evidenziata da molti studi in Messico (Amuchastegui H. e Rivas 2004; Bekkers et Al 2003; Bronfman e Castro 1989; Castro 2004; Espinoza e Paz 2004;

González e Mojarro 2012; Lerner e Szasz, 2001; Ortiz-Ortega 2006; Petchensky 2006a; Zavala de Cosío 1992; Vázquez 1998).

Nel corso del tempo diverse organizzazioni non governative e associazioni civili hanno denunciato gli “entusiastici” sforzi così del settore sanitario pubblico affinché le donne accettassero metodi permanenti o semipermanenti. I medici, messi sotto pressioni dalla *Secretaria de Salud*, hanno compiuto e ancora compiono tuttora, a loro volta pressioni sulle proprie pazienti (Ortiz-Ortega 2006). Nel 1994, una valutazione fatta all’interno della IV Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo costata che, in Messico, la maggior parte dei metodi contraccettivi si utilizzano più in funzione delle preferenze di coloro che offrono i servizi piuttosto che sulla base delle richieste e delle necessità delle pazienti. È vero che, come esplicherò nel prossimo capitolo, i medici sebbene verbalmente sostengano l’importanza di dare la priorità alle necessità delle utenti, nella pratica clinica “suggeriscono” l’utilizzo del DIU o della sterilizzazione prima ancora di domandare e di ascoltare necessità e preferenze o risolvere dubbi riguardo ai diversi contraccettivi.

Credo che sia importante riflettere, in parte già da ora, su come l’esistenza di servizi di pianificazione familiare gratuiti e forniti dallo Stato pur rappresentando (senza dubbio) un passo avanti verso un esercizio sempre maggiore dei diritti riproduttivi e sessuali per i cittadini resta comunque incentrato su una logica che non riconosce il principio dell’uguaglianza di genere. Mi chiedo anche quale politica, sia in Messico che altrove, rispetti tale principio e renda efficace l’assenza di discriminazioni tra uomini e donne. Ma credo che tale domanda diventi ancora più importante, significativa e pertinente se parliamo di riproduzione, sessualità e accesso a servizi sanitari. È evidente, come ha ampiamente dimostrato Matthew Gutmann all’interno dei suoi lavori, che l’assenza totale di un soggetto maschile come responsabile della gestione della riproduzione di coppia o individuale sia una decisione politica. Nella stessa modalità di gestione politica della pianificazione familiare l’uomo non esiste, non viene riconosciuto come utente dei servizi che infatti si rivolgono esclusivamente alla popolazione femminile.

La vasectomia non si è mai diffusa. Sia coloro che prendono le decisioni a livello delle politiche pubbliche, sia le persone nei propri ambiti di vita privati ed intimi, condividono lo stesso modello generico di mascolinità e femminilità in cui la pianificazione familiare viene pensata e viene vissuta come una responsabilità primariamente e primordialmente femminile (González e Mojarro 2012; Amuchastégui Herrera 2001; Erviti e Sosa e Castro 2007; 2010).

È prevedibile, quindi, il dato presente nelle statistiche più recenti, secondo cui la responsabilità contraccettiva ricade sulle donne per una media tra l’85 e il 90% e sugli uomini

per il restante 10-15% (González e Mojarro 2012). Nonostante in seguito alla Conferenza del Cairo si sia cercato di fomentare, non solo in Messico, la nascita di politiche che tendessero all'equità di genere, incentivando almeno da un punto di vista delle retoriche statali, la corresponsabilità dell'uomo nella riproduzione e nell'utilizzo della contraccezione (preservativi e vasectomia), siamo ancora molto lontani dal raggiungimento di un equilibrio tra il peso e la responsabilità delle donne e quello degli uomini. Le donne continuano ad assumersi, in modo schiacciante, la responsabilità del controllo e della regolazione della fecondazione.

Le politiche demografiche messicane degli ultimi 40 anni, alla stregua di quelle degli altri paesi, si sono sempre focalizzate sul corpo delle donne come veicolo e strumento principale per raggiungere, anche con successo, l'obiettivo della riduzione della fecondità. La contraccezione non rappresenta quindi solo un mezzo potente per accedere al diritto all'autodeterminazione del singolo, ma anche uno strumento di controllo e disciplinamento dei corpi, principalmente femminili.

5.4 Interruzione volontaria di gravidanza: le due facce dei diritti

I diritti sessuali e riproduttivi sono a livello politico categorie fisse definite da principi regolatori rigidi. Spesso, tale modalità di definizione comporta un impoverimento del significato stesso di queste categorie. In questo senso è interessante ciò che mi fa notare l'avvocata che si occupa in maniera specifica di questa categoria di diritto specifica e che collabora attivamente con UNASSE-SHSSR, l'associazione civile di ispirazione femminista con cui ho avuto modo di lavorare. Parlando di come generalmente si considerano i diritti umani e di come ad essi si approcciano, a livello giuridico, i suoi colleghi mi dice: "Non si può lavorare sui diritti umani come se tutte le persone vivessimo la violazione di questi diritti umani allo stesso modo. E non si parla [a livello giuridico locale] di diritti umani delle donne perché quindi se esistono diritti umani delle donne, esistono anche quelli dei bambini e, bene, allora ci devono essere delle applicazioni diverse per ogni settore. Io invece penso che non possiamo parlare di diritti in maniera astratta, non possiamo parlare di diritti umani se non pensiamo a quale gruppo specifico di persone e a quale contesto li applichiamo. [...] In questo momento soltanto io [in Yucatán] mi occupo di queste cose. Già si inizia a parlare di diritti umani però non è la stessa cosa parlare di diritti umani con una visione di genere e poter fare

una differenziazione e poter fare questo tipo di interpretazione a partire dai principi dei diritti umani. Per esempio se devo decidere tra la situazione di una donna e la decisione di un processo di gestazione da portare a termine: un aborto legale. Che cosa devo fare per prendere questa decisione [da un punto di vista dell'interpretazione giuridica]? Bene, devo fare una ponderazione dei diritti, devo vedere qual è il bene giuridicamente protetto, quello che devo preservare, e per fare ciò, devo fare un'interpretazione con il principio pro-persona dei diritti umani. E il principio pro-persona è per le persone¹⁶¹ che già stanno camminando, respirando, lavorando...»¹⁶².

Ogni diritto per essere compreso fino in fondo deve essere inserito all'interno di un contesto che è geografico, politico, economico, sociale e culturale. In Yucatán, in tutto il Messico e in molti altri paesi del centro e del sud America, la definizione della categoria dei diritti sessuali e riproduttivi assume un significato ancora più insidioso soprattutto in relazione al tema dell'interruzione volontaria di gravidanza. È questo un tema che, oltre ad alimentare costantemente dibattiti e ad essere un'arena di confronto e di scontro a livello politico, giuridico e sociale, incide fortemente sulle politiche demografiche e sui programmi di pianificazione familiare.

Come ho già detto, l'interruzione volontaria della gravidanza è illegale, giuridicamente penalizzata e non viene offerta come servizio medico nelle strutture statali. L'aborto, quindi, almeno da un punto di vista istituzionale ed ufficiale, non è riconosciuto come un possibile metodo di pianificazione familiare¹⁶³ a differenza di quanto avviene nei paesi in cui questa pratica è legale.

¹⁶¹ È evidente come uno dei maggiori dibattiti che si costruiscono attorno all'aborto riguardi proprio la definizione di che cosa è, o non è, una persona. In questo caso l'avvocata fornisce la sua personale posizione rispetto a questo dibattito. Cercherò di problematizzare le implicazioni che la definizione di persona a livello locale può avere sull'accettazione o meno dell'aborto come pratica legale nei prossimi capitoli.

¹⁶² A: "En que trabajan los derechos humanos como si todas las personas vivimos la violación de estos derechos humanos de la misma forma. Y no hablan de derechos humanos de las mujeres porque entonces si hay derechos humanos de las mujeres hay derechos humanos de los niños, bueno, hay aplicaciones distintas para cada sector. No podemos hablar de los derechos humanos en abstracto si no pensamos en a que grupo vamos a aplicarlo y en que contexto".

I: "Y hay otros abogados?"

A: "Solo yo! Ahorita ya están hablando mas de derechos humanos pero no es lo mismo hablar de derechos humanos con un visión de genero y poder hacer la diferenciación y poder hacer este tipo de interpretaciones a partir de principios de derechos humanos. Por ejemplo si yo tengo que decidir entre la situación de una mujer y la decisión de un proceso de gestación, llevar acabo una aborto legal. Que es lo que tengo que hacer para tomar esta decisión? Bueno, tengo que hacer una ponderación de derechos, tengo que ver cual es el bien jurídicamente protegido que necesito preservar y para esto tengo que hacer una interpretación con el principio "pro-persona" de los derechos humanos. Y el principio pro-persona es para las personas que ya están caminando, respirando, trabajando" [Intervista 09/03/12].

¹⁶³ Nella maggior parte dei contesti in cui è legale, l'aborto, pur non essendo un metodo contraccettivo poiché la fecondazione è già avvenuta, e spesso è considerato come *extrema ratio* nella gestione della pianificazione familiare e della riproduzione (come per esempio nel caso dell'Italia).

Da un punto di vista giuridico in Yucatán, l'interruzione volontaria della gravidanza è illegale e viene punita penalmente, a seconda delle circostanze, con il carcere o il trattamento psichiatrico coatto o il pagamento di multe cospicue.

Nell'Art. 1 della Costituzione dello Yucatán si legge che "lo Stato protegge la vita dal momento del concepimento". Tale articolo è stato recentemente modificato, alla fine del 2009, come reazione politica a livello locale (così come nella maggior parte degli stati della Repubblica Federale) alla legalizzazione e depenalizzazione dell'aborto avvenuta a Città del Messico¹⁶⁴.

A differenza di quanto sostenuto a livello costituzionale, nel codice penale dello Stato troviamo che l'interruzione volontaria di gravidanza è illegale con alcune eccezioni: casi di violenza, quando la gravidanza rappresenta un rischio per la salute/vita della madre, per gravi malformazioni del feto e per ragioni economiche. Nell'ultimo caso, bisogna dimostrare di avere già almeno tre figli e di non avere le capacità economiche per sostenere un'altra gravidanza, circostanze queste che caratterizzano le condizioni di vita della maggior parte delle donne che ho avuto modo di incontrare. Soltanto nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un caso di violenza sessuale si necessita dell'autorizzazione del pubblico ministero per procedere clinicamente. Per il resto, invece, viene richiesto il parere di almeno due diversi medici che attestino le condizioni mediche della donna o del feto. Né nei registri ufficiali del Ministero di Salute Pubblica né in quelli del Ministero di Giustizia, è possibile trovare casi di donne che ricorrono all'interruzione di gravidanza o che richiedano legalmente di accedere al servizio. Secondo i dati ufficiali, quindi, si dovrebbe sostenere che in Yucatán non si verificano casi di interruzioni di gravidanza. La realtà che ho incontrato durante il mio lavoro di ricerca si discosta però da queste considerazioni ufficiali ma parlerò di queste evenienze più avanti all'interno della tesi.

Secondo questi presupposti le politiche di pianificazione familiare non prendono in considerazione la possibilità di ricorrere all'aborto in nessun caso. La stessa dottoressa responsabile del Dipartimento di Salute riproduttiva e sessuale della *Secretaría de Salud* mi spiega che l'istituzione non ha nessuna campagna o programma in merito. Ciò che sostiene riguardo all'aborto mi permette di fare alcune considerazioni su cui credo possa essere interessante riflettere. "Non abbiamo nessuna campagna! [silenzio lungo] È che non è... no, nei casi in cui è legale non si utilizza come un metodo di pianificazione, di fatto per questi casi utilizziamo la contraccezione d'emergenza. Cioè se non si desidera una gravidanza, in

¹⁶⁴ A Città del Messico l'interruzione volontaria della gravidanza è stata legalizzata nel 2009 e, oggi, è un servizio offerto all'interno delle strutture sanitarie pubbliche con determinati limiti di tempo rispetto al progredire della gravidanza.

questi casi ho la contraccezione d'emergenza. Se ho avuto una relazione sessuale non protetta, mi si è rotto il preservativo o mi hanno violentata o qualsiasi situazione in cui potrei essere a rischio di gravidanza si può utilizzare la contraccezione d'emergenza e prevenire la gravidanza. Adesso, se invece sono incinta, la contraccezione d'emergenza non mi provoca l'aborto. In nessun caso si utilizza come metodo contraccettivo. Neanche a Città del Messico si utilizza come metodo contraccettivo, cioè è legale però più che altro mi sembra di aver capito che si utilizza più come un diritto della donna a decidere se vuole o meno tenere il figlio, però in nessun posto è un metodo contraccettivo.

I: Quindi in nessun posto rientra all'interno del programma di pianificazione familiare?

M: Questo sì, diciamo, credo di sì. Il programma lo prende in considerazione però si concepisce come un diritto della donna non come un metodo contraccettivo”¹⁶⁵.

L'aborto non è sicuramente un metodo contraccettivo ma può essere una tecnica di pianificazione familiare. Il programma di pianificazione nasce, si sviluppa e viene incentivato in base alle logiche del controllo demografico piuttosto che alle esigenze e alle volontà delle donne.

Se l'aborto è un diritto a Città del Messico, certamente non lo è a Mérida.

Il primario del reparto di ginecologia mi spiega, in maniera abbastanza chiara, come vengono gestiti (o per meglio dire, non gestiti) a livello istituzionale i casi di interruzione di gravidanza. La sua posizione personale in relazione a questa tematica è alquanto “alternativa” rispetto a quella della maggior parte dei medici che ho incontrato e che lavorano all'interno delle istituzioni sanitarie statali.

B: “Sì, è legale abortire. C'è una legge in Yucatán che dice che se la donna non vuole tenere il suo bambino è un suo diritto riproduttivo e richiede l'interruzione della gravidanza. Semplicemente in base al fatto che la donna non vuole tenere suo figlio, è un suo diritto riproduttivo, non vuole. Qui non arrivano pazienti che lo richiedono. Ci sono altri luoghi, lì per esempio con Sandra Peniche, lì sono inviate le pazienti. Le pazienti che non vengono

¹⁶⁵ I: “Trabajan sobre Aborto?”

M: “No tenemos campana! (silenzio lunghissimo!) Es que no es... no, en los casos en que es legal se utiliza como un método de planificación de hecho para ello contamos con anticoncepción de emergencia. Ósea si no desea un embarazo para ello tengo anticoncepción de emergencia. Si tuve una relación sexual no protegida, se me rompió le condón o me violaron o alguna situación que pudiera estar en riesgo de embarazarme contamos con anticoncepción de emergencia para poder utilizar y prevenir un embarazo. Ahora si me embaracé, ósea el anticoncepción de emergencia non me va a provocar el aborto. Si me embarazo pues ya, yo eligo lo que voy a hacer. En ningún caso se maneja como método anticonceptivo. En el D.F. no se maneja como un método anticonceptivo, ósea es legal pero mas que nada tengo entendido que se maneja mas como un Derecho de la mujer a decidir si quiere o no tener el hijo, pero en ningún lugar se maneja como método anticonceptivo”.

I: “Entonces en ningún lado es parte del programa de planificación familiar?”

M: “Esta sí, digamos, creo que sí, el programa lo ve pero lo maneja como un derecho de la mujer no como un método anticonceptivo” [Intervista alla Direttrice del Dipartimento di Salute Riproduttiva e Sessuale dei *Servicios de Salud de Yucatán*, 28/11/12].

assistite istituzionalmente perché vogliono un aborto volontario si rivolgono, o sono inviate, a queste organizzazioni civili e là viene praticato l'aborto".

I: "E perché non si fa negli ospedali pubblici?"

B: "Non lo so".

I: "Sono i medici che non vogliono?"

B: "Non possono obbligare i medici, il medico anche ha il suo diritto. Qui non li obblighiamo a firmare niente, qui sono formati per saper fare un raschiamento complementare, a seguito dell'espulsione del feto. Non vengono formati per praticare interruzioni volontarie della gravidanza.

I: "Quindi uno specializzando non lo saprebbe fare?"

B: "Non glielo abbiamo insegnato. La possibilità di un errore è molto alta perché non rientra nelle sue capacità. È più probabile che ci siano complicazioni quando lo prova a fare un residente piuttosto che un ginecologo che è abituato a farlo. Non è una cosa che si insegna".

I: "E quando il medico si rende conto che la paziente, che ha già espulso il feto, si è provocata l'aborto è obbligato a denunciare?"

B: "Sì, però dipende".

B: "Il medico notifica il caso, c'è un dipartimento che si occupa dei casi di violenza in questo ospedale, si avvisa e viene mandata una dottoressa o una psicologa per fare un'intervista alla paziente".

I: "Questo in tutti i casi?"

B: "Solo nei casi di violenza [in cui cioè l'aborto è provocato dopo aver subito una qualsiasi forma di violenza fisica]".

I: "E quando si usa il Misoprostol?"

B: "No, non si fa nulla, si fa un raschiamento complementario e si annota nella cartella clinica che lei ha preso il farmaco. Non si deve denunciare, non è stato un caso di violenza, la donna se lo è provocato volontariamente".

I: E gli altri casi li inviano ad altri ospedali?

B: Sì, io. Io li invio.

I: E questo dipende dalla posizione personale?

B: Io, Reyes Marcelino Basto Ribero, ho inviato pazienti che mi hanno richiesto un'interruzione volontaria della gravidanza. Perché le invio a Sandra Peniche presso la sua clinica, perché io non ho la capacità tecnica per fare questo procedimento, ho paura di sbagliare e fare errori che possono avere conseguenze fatali è meglio che le invio dove hanno esperienza. C'è sempre un anestesista, c'è un ginecologo che fa il procedimento. E quindi è un luogo dove il personale medico ha tutte le competenze per risolvere il caso e le possibilità che si verifichino complicazioni sono molto minori¹⁶⁶.

¹⁶⁶ B: Si, es legal abortar. Hay una ley en Yucatán que dice que si la mujer no quiere tener a su bebé, su derecho reproductivo solicita la interrupción del embarazo. Con el simple hecho que la mujer no quiere tener su hijo, es su derecho reproductivo, no quiere. Aquí no llegan pacientes que piden. Hay otros lugares, ahí por ejemplo con Sandra Peniche, ahí son canalizados, ahí son enviados. Las pacientes que no se atienden institucionalmente porque quieren un aborto voluntario acuden, o son enviadas, a estas organizaciones civiles y ahí se les hacen.

I: Porque no se hace si es un hospital publico?

B: No se.

I: Son los médicos que no quieren?

B: No pueden obligar a los médicos, el medico tiene también su derecho. Aquí no se les obliga a firmar nada, aquí se les capacita para hacer un legrado complementario a después de la expulsión del feto, no se les capacita para la interrupción voluntario del embarazo.

I: Un residente no lo sabría hacer?

B: No lo hemos ensenado. La posibilidad de error es muy alta porque no esta dentro de su habilidad, es mas probable que haya una complicación cuando lo intente hacer un residente que cuando lo haga un ginecólogo que esta acostumbrado a hacerlo. No se ensena porque no se hace.

I: El medico tiene que denunciar si se da cuenta que la paciente se provocó un aborto?

B: Si, pero depende.

Il primario si riferisce alla presenza di una legge che sancisce la possibilità di richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza in determinate circostanze. Le sue parole spiegano da sole quanto le istituzioni sanitarie statali non si facciano carico di questo servizio, sia per incapacità tecniche proprie del personale, sia per riluttanza di quest'ultimo a compiere un intervento medico che ha implicazioni di ordine morale e religioso. La completa assenza di insegnamenti delle tecniche mediche che permettono di praticare un aborto è significativa del rifiuto generalizzato nei confronti di questa pratica, viene praticamente esclusa come possibilità, come se non esistesse. Il sistema medico, quello giuridico, politico ed etico, base dell'articolazione e della gestione dei servizi ginecologici per le donne, sono tutti complici nel sostenere e reiterare l'inaccessibilità di un diritto. Ciò ha implicazioni dirette sulle condizioni di salute delle donne e, in maniera ancora più profonda, sulle loro condizioni di vita. In questi meccanismi di negazione dell'aborto le donne mettono al rischio la salute. La clandestinità è all'ordine del giorno, la soluzione più comune e più accessibile. In pochi casi, ci si rivolge a luoghi di assistenza in cui la tutela della salute è garantita soprattutto perché questi luoghi sono quasi inesistenti sul territorio.

Ciò che mi interessa sottolineare in questo momento è che, quando l'aborto è illegale e gestito secondo le modalità di cui ho parlato, la possibilità reale di gestire la fertilità e la riproduzione si incastra in maniera ancora più diretta e più intima con la contraccezione. In questo modo il possibile fallimento e l'inefficacia di un contraccettivo hanno conseguenze maggiori sulle traiettorie di vita delle donne. Il rischio di una gravidanza può essere gestito in maniera medicalmente assistita e sicura soltanto prima della fecondazione.

I: De que depende?

B: El medico solo notifica el caso, hay un departamento de violencia acá en le hospital se le avisa y envían una medica o una psicóloga para hacerle una entrevista a las pacientes.

I: Esto en todos los casos?

B: Solo en los casos de violaciones.

I: Y en los casos de Misoprostol?

B: No, no se hace nada, se les hace un legrado complementario y se anota en el expediente que ella lo tomo. No se tiene que denunciar, no fue violencia ella voluntariamente lo hizo.

I: Y los otros casos los envían a otros lugares?

B: Si, bueno yo. Yo si la envio.

I: Esto también depende mucho de la postura personal?

B: Yo Reyes Marcelino Basto Tiberio, he enviado pacientes que me han solicitado a mi la interrupción voluntaria de su embarazo, porque las envio con Sandra Peniche a su clínica porque yo no tengo la habilidad para hacer este procedimiento, temo cometer un error que tenga consecuencias fatales y mejor la envio donde tienen la experiencia, hay una anestesióloga que siempre da la anestesia hay un ginecólogo que siempre hace le procedimiento. Entonces es un lugar en donde el personal de salud tiene todas las competencias para resolver el caso y las posibilidades de complicaciones son muchísimas menores y por esto envio pacientes cuando acuden a mi. [Entrevista al primario del reparto de ginecología e obstetricia dell'O' Horán, 08/03/13].

Quanto rendere l'aborto legale potrebbe incidere sulle politiche di pianificazione familiare, sull'utilizzo della contraccezione e sulla salute sessuale e riproduttiva del donne? Faccio questa domanda al primario del reparto di ginecologia.

“Sì, perché la donna, nel momento in cui riceve l'assistenza professionale, come tutte le altre pazienti, quando se ne va, quando viene dimessa, deve andarsene con un metodo di pianificazione familiare. Può tornare ad avere la stessa cosa, le può succedere di nuovo. Devi avere un método di pianificazione, ti possiamo inserire una spirale subito dopo il raschiamento, ti possiamo iniettare, ti possiamo prescrivere le pillole però non puoi rimanere senza niente. Sarebbe come una pianificazione forzata se si rivolgessero alle istituzioni del governo per chiedere aiuto. Alcune volte non si rivolgono alle istituzioni per chiedere aiuto però se si avvicinassero sarebbe meglio. Però nella maggior parte dei casi si rivolgono a ciarlatani, o fanno cose che vengono suggerite dalle loro amiche, o vanno in posti dove però le sanno assistere. E qui, per esempio sono arrivate adolescenti con infezioni o perforazioni dell'utero”¹⁶⁷.

In ballo non c'è solo la salvaguardia della salute nel momento specifico dell'interruzione, evitando di correre rischi con il ricorso alla clandestinità. Mi sembra che la posta in gioco sia la possibilità di garantire alle donne una riproduzione e una sessualità, più sana a lungo termine. Nel caso in cui l'interruzione volontaria della gravidanza fosse legale, forse comporterebbe l'espansione del bacino di utenza dei servizi di pianificazione familiare, si favorirebbe l'utilizzo della contraccezione in maniera più consapevole, si scongiurerebbe le possibilità di dover ricorrere all'interruzione di una gravidanza più volte. Ecco, quindi che il riconoscimento di un diritto sessuale e riproduttivo (come l'aborto) e la reale possibilità di esercitarlo inciderebbe, non poco, sui percorsi e sulle traiettorie di vita delle persone, donne, uomini e anche bambini.

¹⁶⁷ I: “Hacer legal el aborto afectaría la planificación?”.

B: “Sí, porque la mujer a recibir la atención profesional invariablemente a salir, a ser dada de alta tiene que ir con un método de planificación. Puede volver a tener lo mismo, te puede pasar lo mismo, tienes que tener un método de planificación, te podemos poner un dispositivo inmediatamente terminando un legrado, te podemos inyectar, te podemos recetar una pastillas pero no puedes quedarte sin nada, es como una planificación de a fuerza. En acudir a pedir apoyo a las instituciones del gobierno. Tal vez no acuden pero ofrecerles este ayuda podría acercarlos. Pero por lo general va con charlatanes, o hacen cosas que le dicen sus amigas, o van en lugares donde le saben tratar. y aquí si han llegado adolescentes con infecciones o perforaciones de útero”.

I: “Y las pacientes comentan donde lo hacen?”.

B: “Nosotros lo sabemos que hay lugares donde se hace de forma clandestina”.

5.5 Pianificazione Familiare in due ospedali di Mérida

Ho passato molto tempo con le donne che si rivolgono ai servizi medici ginecologici o ostetrici. Ho aspettato insieme a loro il proprio turno nelle grandissime sale d'attesa o trascorrendo il mio tempo nelle stanze del reparto di ginecologia e ostetricia degli ospedali. Queste donne mi hanno parlato della loro vita sessuale e riproduttiva e si sono confrontate con me su come gestire tale ambito della vita cercando spesso consigli, miei e delle altre pazienti. Fino ad ora, però, ho parlato di diritti sessuali e riproduttivi, di politiche di pianificazione familiare e di controllo demografico, di direttive politiche e programmatiche, internazionali e nazionali, date al fine di garantire la condizione di salute di queste donne. Ma, nella vita di tutti i giorni, come funzionano questi programmi? Come funziona quel servizio di pianificazione familiare e di offerta di metodi contraccettivi a cui le donne, che ho incontrato, si rivolgono?

Il primario dell'O'Horán mi spiega in questo modo le caratteristiche principali del reparto in relazione al servizio di pianificazione familiare.

“Il servizio completo è ginecologia e ostetricia e c'è del personale specificamente assegnato al servizio di pianificazione familiare. Il personale è diviso in chi si occupa dell'ambulatorio delle visite ed Elide [assistente sociale] che si occupa del reparto e delle pazienti che sono ricoverate. Nella zona delle sale chirurgiche e delle sale parto non c'è nessuno che si occupa specificatamente di pianificazione familiare, i metodi che vengono forniti in quegli spazi [OTB e DIU] sono metodi che gli specializzandi offrono di routine a tutte le pazienti. La OTB viene offerta alle pazienti che hanno più di due figli e il DIU a quelle che ne hanno meno. L'impianto solo viene offerto in reparto e non in ambulatorio. Per la OTB non c'è un'età minima, dipende solo dal numero di figlio o se hanno qualche malattia”¹⁶⁸.

In entrambi gli ospedali è presente un unico ambulatorio di Pianificazione Familiare. L'ambulatorio è aperto dal lunedì al venerdì. All'O'Horán si effettuano visite sia di mattina che di pomeriggio; al Materno Infantile il servizio è disponibile solo nel turno mattutino. Nel primo ospedale ci sono due medici responsabili del servizio, una ginecologa durante la mattina e un ginecologo per il pomeriggio, nel secondo, invece, c'è solo un ginecologo. Questi medici sono sempre affiancati da un'infermiera. Oltre ad occuparsi del servizio di

¹⁶⁸ M: “El servicio completo es gineco y obstetricia y hay personal asignado para planificación familiar el personal asignado esta dividido un personal esta en la consulta externa y elide esta en hospitalización. En tococirugia no hay personal de planificación familiar, los métodos que se utilizan (OTB-DIU) son métodos que los residentes ofrecen de rutina a todas las pacientes las OTB a las que tienen mas de dos hijos y el DIU cuando tienen menos. El implante solo se le ofrece aquí en hospitalización. No hay edad minima para OTB es solamente por numero de hijos o si tienen alguna enfermedad” [Intervista al primario del reparto di ginecologia ed ostetricia dell'O' Horán, 04/09/12].

pianificazione familiare si occupano del programma di prevenzione del cancro cervico-uterino e della somministrazione dei pap-test a tutte le pazienti.

All'O'Horán, l'apertura del servizio anche di pomeriggio è recente, da un paio di anni. È stata una delle prime decisioni assunte dal primario¹⁶⁹ di ginecologia ed ostetricia come strategia per facilitare l'accesso al servizio ed aumentare l'utilizzo dei metodi contraccettivi. Unico elemento che sembra renderla meno efficace del previsto risiede nella decisione di affidare questo servizio ad un ginecologo di sesso maschile. Effettivamente, il servizio è molto più frequentato nell'orario mattutino rispetto a quello pomeridiano.

Il senso comune diffuso in ambiente medico, e condiviso pienamente dalla ginecologa responsabile del servizio, è che quando si parla di contraccettivi e in generale di sessualità, le donne preferiscano essere assistite da un medico di sesso femminile. Secondo la ginecologa questo rappresenta un elemento fondamentale per facilitare l'accesso al servizio da parte delle pazienti. Com'è prevedibile, questa posizione viene invece smentita dall'esperienza del medico (maschio) che si occupa di contraccezione, da più di trent'anni, al Materno Infantile.

La presenza della ginecologa, sicuramente aiuta, ma il suo atteggiamento generalizzato nei confronti delle pazienti non si discosta così tanto da quello dei suoi colleghi uomini. Prima di essere una donna è un medico, condivide molto più i problemi e le posizioni dei suoi colleghi piuttosto che comprendere le esigenze e le necessità delle donne che sono sue pazienti. Questo è tra le altre cose un atteggiamento fortemente condiviso dalle ginecologhe con cui ho avuto modo di relazionarmi. Spesso, infatti, forse proprio perché donne, hanno modi di interagire con le pazienti ancora più freddi e scostanti rispetto ai loro colleghi uomini.

Credo che troppo spesso ci sia la tendenza di sottolineare e/o dare per scontata una naturale vicinanza e condivisione di prospettive e visioni legata all'appartenza di genere. Si dovrebbe forse riflettere di più su come tale prospettiva naturalizzante possa essere fuorviante. In molti casi, così come per esempio nella mia esperienza di ricerca, è l'appartenza di classe (veicolata dalla categoria lavorativa) ad assumere un valore maggiore rispetto a quella di genere. Non prendere in considerazione tali differenze induce a fare considerazioni che occultano, dietro la retorica della vicinanza e di comunanza di genere, il significato profondo delle relazioni di potere e di sapere a cui sono soggette e di cui sono soggetto le persone che incontriamo quotidianamente.

Più che maggiore vicinanza o affinità con la ginecologa, le ragioni che inducono le donne a rivolgersi al servizio prevalentemente di mattina sono altre: la facilità negli spostamenti con i mezzi pubblici (più assidui soprattutto per chi deve spostarsi dai municipi verso la capitale) e

¹⁶⁹ Il primario è quello in carica dal 2008 al 2013. Nel 2014, com'è prassi consolidata, con il cambiamento del governo locale vengono sostituite la maggior parte delle persone che ricoprono un ruolo dirigenziale pubblico.

soprattutto, la mattina i figli vanno a scuola e le donne sono più libere. Ogni giorno vengono richieste in media trenta visite.

Generalmente le pazienti che utilizzano metodi contraccettivi ormonali devono recarsi presso l'ambulatorio una volta al mese. Ad ognuna, ogni mese, viene fornito il proprio metodo contraccettivo, tra il primo e il secondo giorno della mestruazione. Se però le donne, per qualsiasi motivo, non si rivolgono al medico in quei giorni specifici viene loro negata la fornitura del metodo e viene suggerito di utilizzare il preservativo fino al mese successivo.

Questa possibilità si verifica soprattutto per le donne che utilizzano la pillola contraccettiva e il cerotto (anche se questo metodo è molto meno utilizzando rispetto al primo). Anche per la somministrazione delle iniezioni vige la stessa regola. Le iniezioni sono più facilmente gestibili da parte delle donne, si devono recare presso l'ambulatorio una volta al mese e poi non devono più preoccuparsi fino alla somministrazione successiva. Nel caso delle iniezioni i medici sono più propensi a dotare le pazienti di una scorta che copra due, tre e anche quattro mesi rispetto a tutti gli altri metodi. Spesso, anche per quanto riguarda gli altri metodi, si tende ad utilizzare questa strategia, sempre e quando i servizi siano dotati delle scorte di contraccettivi necessarie per poter soddisfare le esigenze di tutte. “Ogni quattro mesi vengono [le pazienti] per la loro dotazione solamente che adesso nella farmacia è da giugno che non ci sono né pastiglie, né iniezioni...” (Medico responsabile del servizio di Pianificazione Familiare del Materno).

Questa è la situazione in cui si trova per esempio l'ospedale Materno Infantile. I contraccettivi che vengono forniti alle pazienti sono quelli che provengono direttamente dal programma di pianificazione familiare e non dal *Seguro Popular* come dovrebbe essere per le pazienti affiliate (che come detto nel capitolo precedente sono la maggioranza). La sovrapposizione tra i due programmi, piuttosto che facilitare la gestione delle scorte dei contraccettivi non ha fatto altro che incidere negativamente sulle modalità di somministrazione dei metodi. Le farmacie degli ospedali sono costantemente sprovviste di contraccettivi, gli ambulatori ed i reparti possono richiedere scorte di contraccettivi inferiori rispetto a quanto succedeva prima dell'implementazione del *Seguro Popular*. A questo proposito, un giorno, il medico del Materno apre un cassetto e mi fa vedere tutta la scorta dei vari metodi contraccettivi che ha a sua disposizione e mi dice: “Allora io le prendo da queste [la sua scorta]. Non lascio nessuna senza niente. Perché sono ordini. Le persone che hanno *Seguro Popular* hanno un documento che lo attesta. Prima di venire da me devono mostrare il documento, vanno dal signore che sta qui a fianco, lui gli dà una ricetta. Io poi riempio la ricetta e scrivo: 4 scatole. Devono andare nella farmacia dell'ospedale e gli devono dare le scatole di contraccettivi ma poi non ce le

hanno. Allora tornano da me e mi dicono che in farmacia gli hanno detto che devono comprare i contraccettivi. Per esempio, sono 3 o 4 mesi che non ci sono pillole nè iniezioni. Allora le do io, della scorta che io richiedo, però posso dare quello che basta per coprire due mesi, perché altrimenti io rimango senza niente. Prima del *Seguro Popular* non c'erano tutti questi problemi perché gestivo tutto io, davo io direttamente i contraccettivi a tutte le pazienti”¹⁷⁰.

Mantenere un contatto costante con le pazienti, secondo il personale, offre una garanzia maggiore sull'efficacia del metodo. Anche per questo si preferisce dilazionare la fornitura dei contraccettivi nel tempo, con cadenze molto ravvicinate. In questo modo il medico può gestire e controllare in maniera più diretta l'utilizzo della contraccezione da parte delle pazienti.

La maggior parte delle donne non riescono a rispettare queste condizioni (determinati giorni del mese, ogni mese). L'accesso al servizio non è solo difficoltoso ma spesso impossibile, e questo condiziona la sessualità e la riproduzione delle donne costrette ad abbandonare l'utilizzo del metodo contraccettivo. I cavilli e la gestione burocratica del programma istituzionale impediscono, in molti casi, la possibilità di utilizzare servizi che spetterebbero alle donne per diritto.

I medici sono consapevoli delle difficoltà che le donne incontrano: sanno che spesso non si hanno i soldi neanche per pagare il biglietto dell'autobus per arrivare in città, sanno che non hanno il tempo, sanno che, quando hanno bambini o quando lavorano, gli spazi di autonomia delle donne sono molto ridotti. Una posizione è comunemente condivisa (da medici e pazienti): se i servizi medici di primo livello funzionassero nella maniera corretta le pazienti sarebbero avvantaggiate e facilitate nell'utilizzo della contraccezione, il programma di pianificazione familiare avrebbe un'efficacia maggiore e le strutture mediche di livelli più specialistici potrebbero migliorare la qualità dell'assistenza che offrono.

Almeno sulla carta, i centri di salute di ogni comunità dovrebbero essere in grado di coprire il servizio della pianificazione familiare. In queste strutture si possono fornire tutti i metodi contraccettivi fatta eccezione per il DIU e l'Implante, che richiedono una preparazione

¹⁷⁰ “Les doy de estas. A nadie las dejo sin nada. Porque son ordenes. Las personas que tienen seguro popular tiene un documento que dicen que tienen seguro popular. Antes de pasar conmigo deben mostrar su documento y pasar aquí a lado con un señor y le da una receta. Este documento que te voy a mostrar ahora sirve para medicamentos, para análisis, para ultrasonido, para cualquier cosa. Yo les pongo aquí 4 cajas, pasa a la farmacia y se lo tienen que dar alla, pero no tienen. Porque aquí vienen por otras cosas también, el papanicolau, tienen alguna infección, tienen dolor y les mando ovulos, medicamentos o otras cosas... que se los debe dar la farmacia pero a veces van y regresan y dicen “me dijeron que yo lo compre!”. En el Seguro desde 3-4 meses minimo no hay pastillas ni inyecciones. Pero no te preocupes yo te voy a dar. Y le doy para dos meses porque si no yo me quedo sin nada. Antes cuando no había sp no había que llenar nada y a todas se lo daba yo, ahora de todos modo les doy yo pero las que tienen seguro se lo tienen que pedir a la farmacia, pero ya no le puedes dar para 4 meses” [Entrevista al medico responsable del servicio de Pianificazione Familiare del Materno, 7/11/12].

specializzata per l'inserimento, e l'OTB, che richiede un intervento chirurgico. È un dato di fatto che nella maggior parte dei centri di salute dello stato, i preservativi sono gli unici contraccettivi offerti, la preparazione del personale sanitario in merito alla pianificazione familiare è fortemente carente e, anche quando si forniscono contraccettivi ormonali, le informazioni date alle pazienti circa il loro corretto utilizzo sono spesso erranee. È normale che le donne preferiscano rivolgersi a strutture e servizi in cui si sentono più sicure e in cui sanno di ricevere un'assistenza medica migliore. “E io dico [il medico alla paziente]: ‘ascolta ma perchè non vai alla clinica più vicina a casa tua? Sono gli stessi metodi!’”. E molte mi dicono che preferiscono venire qua e dico: ‘Come preferisci il tempo e i soldi sono tuoi!’”. Dicono che noi non mettiamo ostacoli, che non è vero che i metodi sono gli stessi¹⁷¹.

Nelle condizioni strutturali e materiali in cui si definiscono le esperienze di vita della maggior parte delle donne che ho incontrato, avere la possibilità di ricevere in dotazione una scorta in grado di coprire un lasso di tempo maggiore sarebbe uno strumento fondamentale per facilitare la gestione quotidiana della riproduzione e della sessualità.

Ciò, inoltre, permetterebbe di facilitare l'utilizzo dei metodi ormonali: le pazienti non si vedrebbero obbligate a recarsi presso l'ambulatorio ogni mese, risparmiando tempo e denaro e imparando a gestire in maniera *autonoma e responsabile* la propria capacità riproduttiva.

Alcuni medici sostengono che allentare il controllo esercitato dalle istituzioni attraverso questa modalità di fornire i contraccettivi permetterebbe alle donne di diventare più autonome e responsabili rispetto alla propria riproduzione. La necessità di incorporare l'autonomia e la responsabilità delle donne è un'argomentazione centrale nel discorso istituzionale circa la pianificazione familiare, ma può diventare anche controproducente. Quando le informazioni fornite dal settore sanitario non sono completamente corrette ed esaustive, gli errori e le distrazioni nei tempi e nei modi di somministrazione dei metodi sono frequenti. Per la maggior parte dei contraccettivi vige la regola che se non si somministrano le giuste dosi nei giusti tempi, questi rischiano di essere totalmente inefficaci e le donne assumono quantità di ormoni innessari e inutili. Ridurre la possibilità di errori è quindi fondamentale, si riduce il rischio di gravidanza. La maggior parte delle donne che ho incontrato durante la mia ricerca ha commesso degli errori, quasi sempre per mancanza di informazione o per non aver capito fino in fondo come e quando utilizzare il metodo scelto. In molti casi questi errori hanno portato ad una gravidanza non desiderata.

¹⁷¹ “Oye porque no vas a tu clínica que esta tu casa? Muchas prefieren venir aquí y yo digo “bueno es tu tiempo, es tu dinero!”. Y dicen que no, que prefieren aquí, aquí no le ponemos impedimentos, la que quiere viene acá. Solo que hay los mismos métodos en el lugar de donde vienen, son los mismos le digo” [Intervista 7/11/12].

“Io preferisco che vengano qui e che le inietti l’infermiera perchè lei sa che non deve lasciare nulla nella bottiglietta, perchè alcune volte quando ne viene lasciato un po’ non è efficace, perchè può anche non essere efficace. A volte gliene do due così vengono ogni due mesi o quattro mesi soprattutto se vengono dai paesini e non hanno i soldi neanche per il biglietto. E se vengono esattamente il giorno in cui ho dato appuntamento perché già non hanno il contraccettivo. E in questo momento ancora di più visto che non c’è denaro, non c’è lavoro, e quindi le donne si stanno preoccupando di più”¹⁷².

La responsabilità delle pazienti circa la riproduzione sta proprio nel farsi carico della gestione della riproduzione e della fertilità e nel mettersi nelle condizioni per evitare una gravidanza.

Nel contesto locale, la *responsabilità* delle donne risiede non solo nella *scelta* di fare uso della contraccezione ma anche, e soprattutto, nella *scelta* del metodo da utilizzare. La somministrazione dei metodi contraccettivi, secondo le indicazioni istituzionali, si basa sull’applicazione di regole standardizzate. Per ogni donna, invece, la scelta del contraccettivo più adatto alle proprie esigenze dipende da una molteplicità di elementi, non sempre in rapporto lineare tra loro. Le circostanze, le esigenze e i desideri che informano le esperienze sessuali e riproduttive delle donne sono multiformi e articolati e poco si adattano ad essere standardizzate in regolamentazioni asettiche, prive della capacità di guardare alla quotidianità (all’incomensurabilità dell’esperienza quotidiana).

La scelta del metodo rappresenta un momento centrale sia nella definizione delle strategie riproduttive delle persone sia nel dispiegamento delle politiche di pianificazione familiare. Il programma si basa, infatti, su quella che viene definita *la consejería*.

La traduzione più corretta di questo termine potrebbe essere “consultazione”, un termine che mi rispecchiare bene la natura di dialogo e di incontro che, almeno in linea teorica, dovrebbe avere. La *consejería* è appunto il momento di incontro, tra il personale sanitario e le donne, in cui si parla di contraccezione. Per le pazienti che si rivolgono al servizio di pianificazione familiare, la *consejería* avviene durante la visita ambulatoriale ed è affidata al ginecologo responsabile. Per le pazienti che invece sono ricoverate nei reparti di ginecologia ed ostetricia, la *consejería* avviene successivamente al giro delle visite della mattina ed è affidata all’assistente sociale responsabile del programma di pianificazione familiare. È il momento in cui alle donne vengono presentati tutti i metodi disponibili e a cui, a seconda delle condizioni

¹⁷² “Yo prefiero que vengan aquí y las inyecta la enfermera porque ella sabe que no tiene que dejar nada en la botellita, porque algunas veces cuando dejan pues falla, porque falla. Algunas veces les doy dos para que vengan cada dos o cuatro meses sobre todo si vienen de los pueblados y no tienen ni por el pasajes. Y si vienen exactamente el día que le marque ya que no van a tener ampulas. Y ahorita mas que no hay dinero, no hay trabajo, ya se están preocupando mas” [Intervista alla ginecologa responsabile del servizio di pianificazione familiare, 18/05/12].

cliniche, esse possono accedere. Si spiega alle pazienti come funziona ogni metodo, quali sono le indicazioni e quali sono le controindicazioni. Partendo dal presupposto medico secondo cui non esiste un contraccettivo perfetto, adatto alle esigenze di tutte le donne, l'obiettivo principale della *consejería* dovrebbe essere quello di fornire, alle donne, tutte le informazioni necessarie per decidere in maniera libera ed autonoma quale metodo utilizzare. La scelta delle donne dovrebbe essere compiuta in maniera consapevole e soprattutto senza ricevere particolari pressioni da parte del personale istituzionale.

La ginecologa dell'O'Horán mi dice per esempio che “è necesario individualizzare [il metodo] per ogni persona. Perché alcune hanno qualche malattia particolare”¹⁷³. Mentre il ginecologo del Materno tende a focalizzare l'attenzione più sulla scelta della paziente: “Questa deve essere una scelta fatta dalle persone una volta ricevuta tutta l'informazione. Quindi io gli dico che ho questo metodo, quest'altro metodo e tutto quello che ho. Mica a tutte voglio mettere un DIU o un impianto!”¹⁷⁴.

La *consejería* dovrebbe essere un processo decisionale condiviso. Il medico dovrebbe capire quale metodo potrebbe essere il migliore per la donna che ha davanti, in base alle sue esigenze, alle sue necessità e al suo quadro clinico. La donna, dal canto suo, una volta ricevute tutte le informazioni, dovrebbe considerare i suggerimenti del medico e, poi, in relazione alle proprie condizioni e dinamiche di vita, ai propri desideri e ai propri bisogni scegliere il contraccettivo. Parliamo di una scelta molto personale, intima, sulla quale incidono molteplici fattori, non necessariamente e non esclusivamente, relazionati con l'ambito medico.

Nell'arco della sua vita una donna utilizza diversi metodi, sia perché le circostanze che definiscono un percorso biografico possono cambiare, sia perché non sempre la prima scelta si rivela essere quella più “giusta”. Spesso è necessario e normale sperimentare. Troppo spesso, però, in questa fase di sperimentazione, le donne che ho incontrato hanno avuto grosse difficoltà e si sono ritrovate con gravidanze non desiderate.

L'esito della *consejería* non si rivela sempre positivo, non sempre si raggiunge l'obiettivo. Non sempre la paziente accetta di utilizzare un qualche metodo contraccettivo. A questo proposito, infatti, sin dall'inizio della mia ricerca un dato mi è sembrato particolarmente interessante. Nonostante le mete demografiche nazionali e statali siano state raggiunte,

¹⁷³ Hay que individualizar cada persona. Porque algunas tienen algunos padecimientos y están contraindicados algunos.

¹⁷⁴ “Yo le explico todo lo que tengo, no a todas les quiero poner diu, no a todas les quiero poner un implante. Esto va a ser una selección que hagan las personas una vez que tengan toda la información, entonces le digo “mira!”.

nonostante l'utilizzo della contraccezione sia abbastanza diffuso e generalizzato nella popolazione, i dirigenti sanitari della *Secreteria de Salud*, i primari dei reparti di ginecologia degli ospedali, i medici che ho incontrato sostenevano che le donne, in Yucatán, sono molto restie ad utilizzare metodi contraccettivi. Soprattutto le donne non accettano di buon grado tutti i metodi e, in particolare, esiste un rifiuto sistematico nei confronti del metodo maggiormente sponsorizzato da parte dell'istituzione statale: il DIU.

Ecco, i numeri mi dicevano che, almeno a livello statistico, non sembravano esserci gravi problemi nella gestione della fertilità della popolazione. Le persone con cui iniziavo a relazionarmi nei primi momenti della ricerca, invece, mi dicevano altro. E allora ho iniziato a definire alcune delle domande che mi sarei portata dietro per tutto il corso della ricerca. Perché se i programmi sono gratuiti e così ben articolati le donne non vogliono utilizzare i metodi contraccettivi? Queste donne vogliono davvero avere così tanti figli come dicono i medici? O forse sono cambiati i modelli e le traiettorie biografiche delle donne rispetto a quelli che vengono considerati "tradizionali" e classici nella visione della classe medica? Quali sono gli elementi a partire dai quali si definiscono modelli di vita che sembrano essere discordati e irrazionali circa la riproduzione e la sessualità? In generale quali sono gli elementi a partire dai quali si definiscono visioni, modelli e strategie che sembrano articolarsi su logiche completamente diverse tra loro, a seconda dei soggetti sociali che prendo in considerazione?

L'analisi dell'efficacia e della fallacia della contraccezione in Yucatán, di come i diritti sessuali e riprodotti sono o meno riconosciuti, esercitati e controllati, mi aiuterà nei prossimi capitoli a chiarire ed esplicitare la portata e le implicazioni di queste domande qui solo accennate.

Prima però vorrei sottolineare come il tentativo fatto fin'ora è stato quello di tracciare, in un'analisi storicamente radicata, le relazioni tra la politica messicana relativa alla Pianificazione Familiare e le più ampie politiche internazionali. L'obiettivo è stato quello di mettere in luce uno degli assi portanti di questo lavoro di ricerca e di analisi. Andare a vedere come, quando e perché i "discorsi" sulla sessualità, sulla riproduzione e su alcuni diritti ad esse intimamente connessi, siano sorti e confluiti nella definizione di un grande discorso (bio)politico (Foucault 2010)¹⁷⁵. All'interno di esso, la popolazione in generale e le donne, in

¹⁷⁵ Il concetto di biopotere coniato nel primo volume dell'*"Histoire de la sexualité"* (1976) rimanda al controllo esercitato dallo Stato sulla vita degli individui. Nello schema foucaultiano, il biopotere è una tecnologia di controllo che si articola tra due poli. Quello del controllo politico sul corpo umano, che viene manipolato come un oggetto cercando di massimizzarne il potenziale per l'interesse dello Stato, da un lato. Quello del controllo sulle popolazioni, il cui corpo sociale viene regolato attraverso una biopolitica che influenza natalità, mortalità, morbilità, longevità, dall'altro. Secondo Margaret Lock è proprio la medicalizzazione della riproduzione a

particolare, in quanto “settore discreto” (Escobar 1995)¹⁷⁶, sono oggetto di politiche di sorveglianza, gestione e controllo della sessualità e della riproduzione. Tra le maglie di questi “discorsi” (e di altri che qui non sono stati ancora nominati), attraverso uno sguardo concentrato sul locale ma che strizza l’occhio alla storia e alle condizioni globali più generali, è possibile guardare al processo di definizione e creazione di “relazioni riproduttive” e sessuali locali che sono sia costituite da, sia resistenti a, molteplici e più ampie forme di potere (Ginsburg e Rapp 1995).

A questo punto, mi sorgono alcune domande. In che modo e quanto si può pensare ad un effettivo utilizzo equilibrato dei contraccettivi tra uomo e donna, quando neanche da un punto di vista medico, esistono le stesse possibilità? È efficace, quindi, pensare ed auspicare un uso equilibrato di contraccettivi tra uomo e donna se non ci sono le condizioni materiali affinché tale condizione si verifichi? Considerando quanto detto finora, se l’unico metodo contraccettivo che potrebbe permettere tale equilibrio è quello definitivo, OTB e vasectomia, perché esiste un tale divario tra l’utilizzo del primo e quello del secondo? Era, ed è, effettivamente possibile raggiungere le mete demografiche stabilite, dai programmi nazionali e internazionali, senza violare i diritti riproduttivi e sessuali delle donne, per come essi vengono definiti dalle stesse istituzioni politiche?

In questo contesto, che cosa diventano i diritti umani relativi alla sessualità e alla riproduzione? In che modo possono essere effettivamente esercitati? E soprattutto, quanto e come la possibilità di accedere o meno a tali diritti incide ed influisce sulle traiettorie e sulle strategie biografiche delle persone?

rendere evidente la fusione dei due poli del biopotere: “A uno dei due poli il corpo umano, solitamente un corpo femminile, è trasformato in un oggetto dove viene messa in atto una serie di tecnologie di controllo: un luogo da manipolare. (...) All’altro polo, quello del controllo sulle popolazioni, risulta in modo evidente la componente politica dei risultati della riproduzione, per cui è certo che la medicalizzazione non è semplicemente una faccenda personale né una questione medica” (Lock e Kaufert 1998: 210).

¹⁷⁶ Arturo Escobar utilizza questo aggettivo (“descrete”) per indicare l’azione di isolamento compiuta dal discorso dello sviluppo, il quale suddivide la realtà complessa e multiforme in distinti settori isolati tra loro, osservabili e trattabili “clinicamente” (Escobar 1995).

CAPITOLO 6

LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE: TECNOLOGIE E STRATEGIE PER “CUIDARSE”

6.1 Dati numerici, mete istituzionali ed esperienze di vita della contraccezione

Lo studio delle politiche e delle pratiche legate all'utilizzo della contraccezione mi ha messo davanti alla difficoltà di ottenere dati quantitativi esaustivi, mi sono confrontata costantemente con un problema di accesso all'informazione.

Al mio sguardo etnografico è apparso evidente come il raggiungimento di mete e il rispetto di parametri gestionali sia fondamentale nella definizione del successo o del insuccesso dei programmi e della produttività di ogni singola struttura. Una struttura che non rispetta gli obiettivi viene penalizzata nella attribuzione delle risorse finanziarie da parte dell'istituzione centrale.

Esistono differenti tipologie di obiettivi da raggiungere: annuali, mensili, differenziate per metodi, calcolate in base al numero di donne che partorisce in una determinata struttura, di utenti che ricevono almeno una *consejería*¹⁷⁷ durante l'arco della gravidanza o meno, alla popolazione femminile fertile nazionale, ecc...

Se sei un'antropologa, accedere ai dati numerici in base ai quali i *Servicios de Salud de Yucatán* articolano le campagne di pianificazione familiare, definiscono gli obiettivi da raggiungere e stimano l'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi, non è un'impresa semplice. Per me, l'accesso a dati quantitativi e numerici precisi e di prima mano, cioè non sistematizzati nelle statistiche ufficiali, è stato possibile solo in parte e solo attraverso un lavoro di raccolta capillare e differenziata delle informazioni.

Ogni struttura sanitaria raccoglie in maniera autonoma i propri dati per ogni singolo mese e per ogni servizio, questi vengono poi inviati alla direzione centrale statale che a sua volta, effettuato il conteggio totale e definito dei dati provenienti da tutti i servizi statali (sempre rispetto alla sola *Secretaría de Salud*) li invia al CONAPO¹⁷⁸, sempre a livello statale. Il CONAPO si occupa di far convogliare i dati provenienti dalle diverse istituzioni (*Secretaría de Salud*, IMSS, ISSSTE e anche dalle cliniche e dai servizi privati convenzionati) in unica statistica rappresentativa della situazione demografica dello Stato. Tali dati vengono poi utilizzati a livello federale per stilare le statistiche e i dati numerici utilizzate dal Messico a livello internazionale.

¹⁷⁷ Ne ho parlato nel capitolo precedente.

¹⁷⁸ *Consejo Nacional de Población*.

Questa modalità di gestione, fatta quasi a scatole cinesi in cui ogni livello dovrebbe essere connesso a quello direttamente successivo, in realtà rende abbastanza complesso accedere a dati che siano esaustivi. Per avere un'idea più articolata del quadro che mi trovavo davanti avevo deciso di richiedere personalmente le informazioni quantitative, ad ogni livello della raccolta dei dati.

Il primo livello è quello dei reparti di ginecologia e dei servizi di pianificazione familiare interni ad ogni struttura ospedaliera in cui ho svolto ricerca. Oltre che a fornire le informazioni alle pazienti, le assistenti sociali responsabili del programma di pianificazione familiare nei reparti dei due ospedali, si occupano di “tenere il conto” di quanti e quali metodi contraccettivi vengono forniti alle utenti, ogni giorno. Le assistenti sociali, utilizzano un sistema “tecnico” abbastanza obsoleto: per ogni paziente scrivono in un quaderno il metodo contraccettivo utilizzato e tutte le sue informazioni cliniche. Alla fine di ogni mese, sommano tutti i dati raccolti giornalmente e li consegnano all'ufficio che si occupa di statistica e che integra i dati forniti dai diversi servizi “esterni” con quelli dei reparti. Ogni struttura ospedaliera invia tali dati all'istituzione centrale, divisi per mesi, trimestri e anni.

Il secondo livello a cui ho richiesto le informazioni quantitative è quello della *Secretaría de Salud*. E l'ultimo è quello del CONAPO per avere accesso a dati che riguardassero in generale la popolazione statale. Tali dati sono però stilati in maniera percentuale e seguendo una modalità di accorpamento delle informazioni completamente diversa da quella utilizzata dalla *Secretaría de Salud*. Sono dati che parlano della condizione demografica generale dello stato ma dicono poco sull'accesso reale ai contraccettivi e alla pianificazione familiare da parte delle donne e degli uomini.

I dati a cui faccio riferimento sono quelli che ho potuto ricevere direttamente dalle singole strutture in cui ho condotto la ricerca, che ho raccolto divisi per mese e per anno e utilizzato ricavando la media annuale o mensile del consumo di ogni diverso metodo contraccettivo. Mi baso sui dati riferiti agli anni in cui ho condotto la ricerca sul campo: 2011, 2012, 2013. Non sono dati che hanno valore esatto da un punto di vista statistico ma mi permettono di restituire e riflettere sull'incidenza dei fenomeni e dei processi che sono al centro del mio lavoro di ricerca.

Per quanto riguarda la gestione dei reparti di ginecologia ed ostetricia l'andamento dei dati è abbastanza simili nei diversi anni e nelle due strutture¹⁷⁹. Il numero di pazienti ricoverate annualmente si aggira tra 5500 e 6500 donne. Il parto cesareo viene effettuato, in media, nel

¹⁷⁹ Sottolineo che il Materno solo in rarissimi casi si occupa di questioni ginecologiche non collegato a parto o gravidanza, il numero di pazienti e di parti è più o meno simile. L'O'Horan ovviamente oltre alle pazienti di ostetricia ha anche tutte le pazienti di ginecologie, una quantità di lavoro globale molto più alta.

50-60% dei casi di parto. L'occlusione tubarica bilaterale rappresenta il metodo utilizzato da più del 45% delle pazienti ricoverate in totale in un anno che accettano di utilizzare la contraccezione. È quindi il metodo più usato dalle donne che si rivolgono alle strutture. Seguono: il DIU (20-25%), la pillola (15%) e le iniezioni mensili (15%). I dati sono approssimati, per lo più per difetto.

In generale i metodi contraccettivi che sono forniti e sono disponibili all'interno del programma di pianificazione familiare sono:

- ormonali orali, mi riferisco alla pillola contraccettiva (non viene fornita la pillola Cerazette che essendo costituita da sola progesterone potrebbe essere utilizzata anche durante l'allattamento);
- iniezioni mensili (cyclofem e mesygina);
- iniezioni bimestrali (noretisterama 200mg);
- DIU *T-cobre*¹⁸⁰ (TCU 380a), la spirale;
- DIU medico ormonale Mirena (levonogestrol 52mg);
- impianto sottocutaneo (Implanon) (eterogestrel 68mg);
- contraccettivo orale ormonale d'emergenza (levonorgestrel 0,750 mg);
- cerotto contraccettivo (norelgestromina 6mg; etimilestradiolo 0,60mg);
- preservativi maschili;
- occlusione tubarica bilaterale (sterilizzazione – *ligadura*);
- vasectomia.

Gli unici metodi che vengono considerati validi ai fini del rispetto delle mete da raggiungere e della produttività delle strutture ospedaliere sono quelli maggiormente controllabili dal settore sanitario, dunque quelli permanenti. Sono contraccettivi che non possono essere utilizzati senza l'assistenza medica, devono essere inseriti e, successivamente, rimossi da uno specialista. La gestione è tutta interna al settore sanitario e dal punto di vista dei medici sono i metodi più affidabili ed efficaci. In generale si ritiene che le donne non siano in grado di utilizzare in maniera efficace i metodi che dipendono direttamente dalla loro responsabilità e cura personale (come le pillole, le iniezioni, i cerotti, i preservativi...).

Come ho già detto, nel capitolo precedente, in base a questa indicazione e in base alla strategia dell'APEO gli unici metodi a cui si riduce la scelta possibile successivamente al parto sono il DIU e la sterilizzazione. Rientrano nella categoria di metodi permanenti anche l'impianto sottocutaneo e il DIU Mirena. Entrambi possono essere prescritti in tutti i casi in

¹⁸⁰ All'interno di questo lavoro mi riferisco a questo metodo utilizzando la denominazione di DIU. In tutti i casi in cui invece faccio riferimento all'altro dispositivo intrauterino specifico che si tratta di Mirena.

cui le donne non devono allattare e sono state ricoverate per aborti spontanei o per qualsiasi altro problema ginecologico.

Tutti gli altri metodi possono essere utilizzati a partire dai 40 giorni (sei settimane) successive al parto e vengono gestiti dal servizio di pianificazione familiare, andando quindi ad incidere sulle statistiche e sulla produttività della struttura rispetto alla pianificazione familiare in modo diverso. L'inserimento e la rimozione dell'impianto sottocutaneo e del Diu Mirena dipende sempre dal reparto. È possibile quindi sostenere che nei servizi "esterni" si forniscono i contraccettivi la cui gestione e responsabilità è delegata in gran parte alla donna, nel reparto si forniscono i metodi meccanici e permanenti la cui gestione ed efficacia dipende in primo luogo dalla responsabilità del medico e, più in generale, del settore salute.

Il problema per entrambe le strutture è che nonostante ci sia un livello abbastanza alto di accettazione dei metodi contraccettivi da parte delle pazienti non si arriva a rispettare le mete imposte dalla istituzione centrale: il 70% di tutte le pazienti ricoverate deve essere dimesso dall'ospedale con un metodo contraccettivo.

Le strutture che ho preso in esame si collocano attorno ad un 25-30% di tutte le pazienti che vengono ricoverate e dimesse con un contraccettivo. Sono molto lontane dal raggiungere le mete imposte dall'istituzione sanitaria a livello centrale. In media in un mese all'interno della struttura ospedaliera dell'O'Horán vengono effettuate 80/90 occlusioni tubariche bilaterali, inseriti 40/50 DIU, 5/6 impianti sottocutanei e DIU Mirena. Le cifre sono, più o meno, simili anche per il materno con una diminuzione della sterilizzazione (70 casi) e un maggiore utilizzo del DIU. La sterilizzazione è il metodo contraccettivo maggiormente utilizzato.

I numeri raccontano solo una parte della storia. Dobbiamo guardare dietro a questi numeri a questi dati per comprendere ed esplorare le esperienze delle donne, la loro comprensione e il loro utilizzo dei contraccettivi e gli eventi della vita che le conducono a prendere determinate decisioni sulla propria fertilità, riproduzione e sessualità. L'etnografia e le storie di vita offrono la possibilità di fare questa operazione.

Il modello di raccolta dei dati è tutto incentrato sulla produttività e sulla gestione delle risorse sanitarie non su l'effettivo utilizzo della contraccezione da parte delle donne. Non sono rari i casi in cui le pazienti dopo aver utilizzato per qualche mese un DIU o un impianto sottocutaneo tornano in ospedale per farlo rimuovere, spesso rimanendo senza copertura contraccettiva. Questi casi, per esempio, non rientrano all'interno di nessuna statistica e non hanno nessun valore per le istituzioni ma spesso pongono le donne in situazioni di forte disagio rispetto alla gestione della fertilità e più in generale della vita.

È per esempio questo il caso di una signora che incontro mentre sono seduta nella sala d'aspetto dell'ospedale davanti all'ambulatorio della pianificazione familiare. Io sto aspettando la fine di tutte le visite per parlare con il medico; le altre donne fanno la fila per richiedere un contraccettivo. Ci sono diverse signore in fila, alcune hanno bambini piccoli, altre sono da sole. Due signore sedute a fianco a me iniziano a parlare tra loro. Sento che una delle due dice all'altra: "Non è semplice, non è affatto semplice trovare quello che ti va bene", si riferisce al metodo contraccettivo. Allora l'altra signora le chiede che cosa utilizza lei per "*cuidarse*" perché lei non ha mai utilizzato nessun metodo di quelli che vengono dati dai medici, "solo mio marito *me cuida*", però adesso le hanno parlato dell'impianto ed è venuta a richiedere questo metodo. In braccio ha un bambino piccolo, dice che le da molto da fare e che non vuole correre il rischio di avere un altro figlio in poco tempo, senza pianificarlo. L'altra signora, allora, risponde che ha un DIU ed è venuta dal medico per farlo rimuovere: "Non mi sento comoda (*no me acomoda*), non mi va bene, sento molto fastidio. Me lo devono controllare perché secondo me non funziona bene". Poi aggiunge che, per quanto ne sa lei, anche il "dispositivo del braccio" - come viene comunemente chiamato l'impianto dalla maggior parte delle donne proprio perché viene inserito nel braccio - si muove, si perde e, quando si perde, poi possono anche non trovarlo più. È successo ad una sua vicina di casa che ha avuto molti problemi. L'altra signora a sentire questa notizia si preoccupa un po' e le chiede: "Però se non me lo faccio mettere che altro posso utilizzare? Gli altri non li voglio, e il dispositivo *dentro* (*por dentro*) non me lo faccio mettere!".

Intanto mentre loro continuano a chiacchierare arriva un'altra paziente, si siede a fianco a me. Dovrà aspettare un po' perché è l'ultima arrivata. Vengo distratta dalla conversazione perché questa signora mi chiede se anche io mi devo far dare un contraccettivo.

Le rispondo di no e che sto aspettando per parlare con il medico perché faccio una ricerca sulle esperienze delle donne con i contraccettivi. La signora che, evidentemente, ha voglia di parlare mi dice che se voglio mi racconta lei tutto quello che voglio sapere. Lei ha molte difficoltà a *cuidarse*. E inizia, senza che io le faccia nessuna domanda, a darmi tutte le informazioni che ritiene mi possano interessare. Capisco alla fine che forse ha bisogno di esplicitare il suo disagio rispetto alla fertilità ma anche rispetto alla relazione di coppia, alla riproduzione e alla sessualità.

"Sono venuta per farmi togliere il DIU. Lo porto da tre mesi, me l'hanno messo dopo un raschiamento. Mi hanno fatto il raschiamento perché ho avuto un aborto, ho perso il mio bambino e allora me l'hanno messo. Perché dicono che adesso non posso rimanere incinta, non devo restare incinta a breve, questo dicono i medici. Visto che mi hanno fatto un

raschiamento adesso l'utero non può sopportare un'altra gravidanza e allora può essere pericoloso. Se resto incinta presto, mi può succedere la stessa cosa un'altra volta. Un'altra volta potrei perdere il bambino ed io non lo posso sopportare un'altra volta. E allora mi hanno inserito il DIU, però non mi sento comoda (*non me acomoda*) per niente". Allora le chiedo che cosa pensa di fare e perché è venuta. Mi dice che se lo vuol far togliere, che ha deciso che il DIU non lo vuole più usare ma che non sa che cosa utilizzare. Mi racconta che ha già un figlio, ha quasi tre anni. Dopo la prima gravidanza ha usato la pillola e le iniezioni, ha provato, ma non si sentiva bene. Mi dice che "non mi *acomodavano* neanche quei metodi là". Gli ormoni secondo lei sono troppi, entrano nel sangue e allora stai male. Lei aveva sempre mal di testa e continue perdite di sangue. Allora ha deciso di smettere. "Allora mio marito mi *cuidaba*". Però, mi racconta, che siccome era il marito che, utilizzando il coito interrotto, gestiva la fertilità, la riproduzione e la sessualità della coppia quando è rimasta incinta le ha detto che il bambino non era figlio suo. Lui non aveva sbagliato mai, quindi quel figlio non poteva essere suo. "è pazzo, quello è pazzo. *Fallò* (si è sbagliato, è stato inefficace) e mi incolpa perché il figlio non è suo. È pazzo". Dopo molte discussioni il marito si era calmato ed erano giunti alla conclusione per cui una volta nato avrebbero visto se assomigliava a lui o a qualcun altro. Mi spiega che, secondo lei, neanche il marito credeva veramente alla possibilità che il figlio potesse non essere suo, se avesse pensato realmente "alle corna" l'avrebbe riempita di botte, senza fare troppe storie. Le chiedo a quel punto se il marito generalmente è violento e lei mi risponde che non è violento, ogni tanto però si arrabbia e quando beve esagera ma non succede quasi mai. Non è come gli altri mariti che picchiano le moglie tutti i giorni. Io non insisto sull'argomento anche perché la signora, che in realtà conduce da sola tutto il nostro dialogo, continua a raccontarmi della contracccezione e mi dice che, dopo l'aborto, mentre era ricoverata in ospedale ha pensato: "Questo è pazzo, se succede un'altra volta non lo so come reagisce. Allora io mi faccio mettere il DIU così non rimango incinta e sto tranquilla. Poi quando io voglio un altro figlio me lo faccio togliere e resto incinta".

Purtroppo per la signora, però, la sua tranquillità è durata solo tre mesi e ora si trova di nuovo con la difficoltà di decidere che metodo utilizzare. Avendo già sperimentato il DIU, le pillole e le iniezioni, le opzioni che le rimangono non sono molte. È sovrappeso e se ho imparato a capire come funziona la logica istituzionale, non sarà una di quelle pazienti a cui viene data la possibilità di utilizzare l'impianto. Probabilmente, penso io, uscirà dall'ambulatorio con qualche preservativo. Effettivamente è andata così.

Le donne conoscono i diversi metodi contraccettivi disponibili e sono consapevoli della loro possibile inefficacia. Non sono così sprovviste ed irresponsabili come sembrano apparire nella rappresentazione che spesso viene dalla classe medica. Il sapere medico è basato sullo studio e sulla conoscenza scientifica ma anche le donne sono portatrici di un loro sapere. Quello che sanno passa per il loro corpo, per le esperienze vissute, la conoscenza è sperimentazione sulla pelle, propria o di altre donne a loro vicine. Consapevoli dei rischi e della fallacia della contraccezione o degli effetti collaterali, sperimentano e decidono di mettere in atto tutte le strategie disponibili per non correre il rischio di una gravidanza. I rischi e le conseguenze che le donne prendono in considerazione travalicano l'ambito prettamente medico, non sono rischi che riguardano solo la salute ma investono tutti gli ambiti della vita, materiale, sociale ed emotivi. Il rischio non è solo una gravidanza non pianificata ma anche la possibilità di trovarsi a dover affrontare un aborto che viene vissuto dalla maggior parte delle donne come un'esperienza "intollerabile", altamente dolorosa dal punto di vista fisico ed emotivo. Le conseguenze di una gravidanza non pianificata o non desiderata, poi, possono pesare sulle traiettorie personali, in determinate circostanze di vita molto più di quanto si possa immaginare.

Tenendo presente quanto detto finora, il fallimento del programma di pianificazione non si definisce solo nel mancato raggiungimento di obiettivi e di quote da parte delle istituzioni ma, anche e soprattutto, nell'inefficacia dei contraccettivi quando vengono utilizzati. Tale fallimento si definisce nella condizione di rischio con cui le donne si devono confrontare quotidianamente quando sperimentano qualsiasi tipo di problema o di effetti collaterale con i metodi contraccettivi e le tecnologie sessuali e riproduttive.

“Le tecnologie che definiscono il sesso, la salute e l'identità sessuale e la riproduzione sono estensive. Includono beni fortemente globalizzati come i farmaci per la contraccezione, per il concepimento e per la funzione sessuale. Includono le pratiche sessuali e riproduttive e ciò che da esse deriva nei termini di risultati sulle condizioni di salute. Includono la crescita e l'espansione di ambienti clinici globalizzati che operano – con le proprie tecnologie – per assistere la riproduzione, in allineamento con i corpi e le identità sessuali e di genere. Includono i materiali e le pratiche incorporate nella vita quotidiana delle persone per il piacere, con obiettivi simbolici e funzionali” (Manderson 2012:7).

6.2 Strategie e pratiche della “scelta”: medici, assistenti sociali, pazienti si confrontano nella *consejeria*

All'interno del reparto di ginecologia lavorano 34 medici specializzandi, di cui 17 sono al primo anno, 7 al secondo, 4 al terzo e 6 al quarto anno. Gli specializzandi del quarto anno sono coloro che si occupano della gestione dei reparti e delle sale operatorie. I rapporti tra gli specializzandi si costruiscono in base all'anno di appartenenza: quelli più anziani dirigono, gestiscono e controllano il lavoro di quelli più giovani. Tra loro esiste una forte gerarchia dei ruoli che devono essere rigidamente rispettati. Il potere degli specializzandi, - inteso come capacità decisionale e gestionale dei servizi e della pratica clinica - aumenta con il procedere della formazione. Ogni anno acquisiscono conoscenza e contemporaneamente potere. Entrambi questi elementi vengono esercitati come forme di “vessazioni” – funzionali ad una migliore formazione secondo la logica ampiamente condivisa – nei confronti di chi occupa una posizione subalterna. Gli anni più duri e più difficili, per la pressione a cui si viene sottoposti, sono i primi due. Poi, le cose migliorano.

Gli specializzandi dell'ultimo anno possono decidere liberamente e in base ad elementi che dipendono esclusivamente dal punto di vista personale come, quando e dove far lavorare gli altri specializzandi. Decidono quali compiti affidare, come organizzare la rotazione dei turni e spesso anche di far restare gli specializzandi più giovani all'interno della struttura per un tempo molto più lungo rispetto a quello definito dai turni ufficiali. I turni tra i diversi servizi vengono strutturati sulla rotazione delle persone in modo tale che tutti riescono ad accedere allo stesso tipo di formazione.

Su questo “sistema formativo” non esiste un controllo centrale che possa impedire o almeno arginare le scelte, spesso arbitrarie, degli specializzandi del quarto anno. L'anno più duro da affrontare per i giovani medici in specializzazione è il primo, non hanno nessun poter decisionale e devono sottostare agli ordini di tutti coloro si trovano in una posizione gerarchicamente più alta della loro. Spesso sono obbligati a restare anche per due o tre giorni all'interno dello stesso servizio, senza mai poter tornare a casa.

Ciò implica che spesso quando giri per l'ospedale e incontri gli specializzandi più giovani sono distrutti fisicamente dalla mole di lavoro e dalla quantità di ore che trascorrono in ospedale. Tutti, quelli che l'hanno già superato e quelli che lo stanno sperimentando, dicono che è l'anno della loro vita in cui hanno dormito meno in assoluto. La mancanza di sonno, di riposo e di cibo è una costante ogni volta che parli con questi giovani medici. Appena hanno

un momento libero li trovi addormentati sulle scrivanie degli ambulatori quando non ci sono più pazienti o nella loro stanza quando possono prendere una pausa.

Inoltre, ogni mattina prima di iniziare con il giro delle visite (7.30/8.00) gli specializzandi devono seguire delle lezioni che riguardano, di volta in volta, diverse tematiche. Alla fine di ogni sessione tematica sono sottoposti a test di verifica in cui ricevono una votazione che incide sul loro rendimento annuale. In base al rendimento annuale, teorico e pratico, viene deciso il passaggio all'anno successivo della specializzazione.

Questo “sistema formativo” comporta un livello di stress altissimo per gli specializzandi di ogni anno, ed incide sulla costruzione della figura del medico: è una professione che richiede molto studio, molta attenzione pratica e soprattutto enormi sacrifici. In virtù di questi sacrifici e delle capacità che vengono acquisite, il riconoscimento sociale della figura del medico deve essere, ed effettivamente è altissimo. L'esercizio della propria autorità basata sulla conoscenza autorevole che i pazienti non hanno è il fondamento di questo riconoscimento. Il medico si posiziona spesso in una relazione egemonica con i pazienti, soprattutto se questi appartengono ai settori della popolazione più poveri e marginali, ancor di più se sono pazienti donne.

Oltre agli specializzandi all'interno dei reparti si muovono diverse tipologie di studenti. Mi trovo in un ospedale pubblico universitario, quindi è qui che vengono svolti i periodi di praticantato e di tirocinio dei diversi corsi di laurea che si occupano di questioni relative alla salute. Ci sono soprattutto studenti del corso di laurea in dietologia e nutrizione che gestiscono le diete delle pazienti, gli studenti del corso di laurea in servizio sociale, gli studenti di psicologia, infermieristica e delle varie professioni sanitarie.

Tra medici, infermieri, assistenti sociali, personale sanitario in genere e tutti questi giovani studenti la vita del reparto è caratterizzata da una grande via vai, soprattutto nel turno della mattina e durante il giro delle visite.

In reparto la *consejeria* viene effettuata durante il giro delle visite, di mattina. Dopo aver controllato lo stato e le condizioni di salute della donna, quando questa non è stata già sterilizzata dopo il parto, il medico o uno degli specializzandi chiede: “*Con que se va a cuidar?*” (che metodo contraccettivo utilizzerà?). Anche i medici, per entrare in relazione e farsi capire dalle donne piuttosto che utilizzare quelle espressioni propriamente corrette da un punto di vista medico, utilizzano quest'espressione che per tutti significa “come farai a non restare incinta un'altra volta?”.

Per la presenza degli studenti di cui parlavo prima, è bene sapere che il giro delle visite consiste in uno stuolo di studenti, specializzandi e spesso – ma non sempre - un medico di

base dell'ospedale che si radunano in cerchio attorno al letto della paziente. Iniziando con il controllo della cartella clinica la sottopongono ad infinite domande. Contemporaneamente, durante ogni visita, anche gli specializzandi più giovani vengono sottoposti ad una serie di domande per verificare il loro grado di conoscenza del caso e in generale della patologia. È comprensibile che in questo trambusto le pazienti, sdraiate nel letto senza quasi riuscire a muoversi, siano intimorite, si sentano in soggezione e in difficoltà e provino un certo grado di vergogna e di fastidio. È quindi in questa condizione di soggezione (e anche di assoggettamento) che il medico parla alla paziente della contraccezione.

Tutte le pazienti, neo-mamme, hanno sicuramente già avuto un primo contatto con la pianificazione familiare durante il travaglio, quando prima del parto è stato sicuramente chiesto loro se, a seconda dei casi specifici, volessero essere sterilizzate o utilizzare un DIU.

L'ultimo momento in cui le pazienti entrano in contatto con il programma di pianificazione familiare durante la loro degenza ospedaliera è quando, alla fine del giro delle visite, Elide, l'assistente sociale responsabile del programma, ripropone la stessa domanda: "*Con que se va a cuidar?*", ripetendo la *consejería*, con modalità, tempi e atteggiamenti diversi da quelli dei medici. Per i mesi della durata della mia ricerca, tutte le sfortunate pazienti si sono trovate a dover rispondere alla stessa domanda, per l'ennesima volta, durante le mie interviste e i miei questionari¹⁸¹.

Ho avuto modo di assistere, in molteplici occasioni, a queste diverse situazioni. Sono stata presente in sala parto, ho seguito il giro delle visite dei medici e, tutti i giorni, ho seguito Elide, per diversi mesi sono stata la sua ombra nel reparto. In ognuna di queste circostanze la *consejería* assume delle caratteristiche diverse, in alcuni casi è molto più efficace che in altri per le ragioni che metterò in luce.

Ritorniamo alla *consejería* con i medici. Alla domanda posta le pazienti che sanno già quale metodo vogliono utilizzare rispondono dirette, sicure, puntuali. Non succede spesso. In tutti gli altri casi i medici dicono alla donna che è importante che non rimanga incinta per almeno due anni, l'utero non sarebbe in grado di sostenere un'altra gravidanza ed i rischi per la salute sarebbero altissimi. È necessario quindi utilizzare un metodo, il più possibile sicuro e affidabile. La prima, unica, opzione che viene presentata è quella del DIU, il solo metodo che è possibile somministrare ed utilizzare in quel momento. Tutti gli altri interferiscono con l'allattamento. I medici quindi si focalizzano sul DIU, per tutti gli altri metodi lasciano correre, non è una responsabilità loro perché iniezioni, pillole, cerotti e l'impianto possono

¹⁸¹ Si veda il capitolo secondo sulla metodologia della ricerca.

essere utilizzati a partire dalla settima settimana dopo il parto. Presentano queste opzioni, a volte, ma non spiegano cosa sono né come funzionano.

Quando le donne si rivelano essere particolarmente “testarde” e non vengono convinte dai medici sulla necessità di utilizzare uno dei metodi proposti (il DIU), l’atteggiamento del medico cambia un po’. Il tono diventa più autoritario e il tentativo di convincere la donna a “*cuidarse*” esercitando l’autorità medica si esplicita nell’utilizzo di un linguaggio che non sempre ho trovato appropriato. Ci si rivolge alle pazienti utilizzando nomignoli che potrebbero sembrare strategici nel tentativo di entrare più in confidenza con le persone ma che nella situazione specifica, in cui il ruolo e la relazione di potere disuguale non può certo essere negata, risultano essere, almeno secondo me, una forzatura. Inappropriati. Sicuramente l’intenzione del personale medico è positiva e la buona fede non è messa in discussione. Ma quanto è appropriato rivolgersi ad una donna che ha appena partorito e con la quale si sta discutendo su possibili metodi per controllare la propria fertilità utilizzando espressioni che sono proprie di relazioni umane caratterizzate da un certo grado di confidenza, che invece non esiste non tra il medico e la paziente? Si usano espressioni quali “*chaparrita*” (bassina, piccolina), “*gordita*” (cicciettella), che fanno leva su caratteristiche fisiche, e sono vezzeggiativi a livello locale, ma che forse il contesto del discorso rende in qualche modo offensivi, almeno secondo il senso comune. Spesso poi ci si rivolge utilizzando questi nomignoli anche a signore che non sono più così giovani, donne adulte e mature nel cui sguardo ho notato, non poche volte, l’imbarazzo e un po’ di vergogna. Sembravano in difficoltà.

E, generalmente, ho imparato a capire con il tempo che quando le pazienti si trovano in difficoltà la strategia di reazione è quella di non rispondere e/o di sorridere. Quando sono convinte di non volere utilizzare nessun metodo contraccettivo, e non si sentono in grado di controbattere, sembrano ignorare del tutto ciò che il medico dice loro. Abbassano lo sguardo, smettono di rispondere a qualsiasi domanda, restano in silenzio, il medico continua a parlare da solo per un po’, fino a quando non si spazientisce e abbandona il campo del confronto.

Il sorriso e il silenzio vengono interpretati dal personale ospedaliero come atteggiamenti esemplificativi del grado di ignoranza, di chiusura e dell’appartenenza ad un sistema di pensiero “culturalmente diverso e tradizionale”. La maggior parte dei medici descrivono le pazienti come donne povere che hanno già almeno due o tre figli e, soprattutto, non capiscono che è meglio per loro (e per tutti) non averne altri. Sono ottuse nella loro ignoranza, e quello che un po’ tutti i medici pensano è che in fondo non ha molto senso perdere troppo tempo a cercare di convincere queste donne testarde a pensare alla loro salute ed insegnare loro come

essere responsabili di sé stesse e dei propri figli. A questo discorso medico incentrato sulla salute si sovrappone anche un discorso demografico più ampio, incentrato sulla salute della società in generale. I figli che queste donne “producono” andranno ad ampliare quella porzione di popolazione che è la più marginale e la più povera del paese. In un’ottica di gestione e di distribuzione delle risorse è, quindi, opportuno limitare la loro fertilità. È questa in fondo la loro missione, come categoria professionale che lavora per lo stato. Essi, in maniera più o meno consapevole, rappresentano il potere dello stato all’interno di un’istituzione sanitaria pubblica che risponde all’egemonia politica e alle direttive governative, le quali hanno obiettivi specifici. Definiscono con queste donne una relazione che è basata su un rapporto di potere fortemente disuguale.

Il silenzio o il sorriso delle donne può essere interpretato come una strategia di risposta nei confronti di quella che viene percepita come una “forzatura”, una “pressione”. Tutte le donne, anche quelle che decidono di utilizzare la contraccezione, comprendono e sentono questa pressione. In molti casi me ne hanno parlato è raro che assumano un atteggiamento di risposta impositivo nei confronti di quello che dice il medico, mostrandosi portatrici di idee personali di cui sono convinte. Il medico è quello che “sa”, loro no. L’autorità non è messa in discussione e sono consapevoli di essere in una posizione che permette loro di rispondere in modo paritario. Sia perché sono medici, sia perché nella maggior parte dei casi sono anche uomini.

È anche vero che le dottoresse, pur essendo donne, non manifestano una vicinanza maggiore con le pazienti, né un atteggiamento diverso da quello dei colleghi. In questo senso ha molta più valenza l’appartenenza alla categoria professionale e alla classe quanto possa averne l’appartenenza di genere. Spesso, anzi, ho notato nell’atteggiamento delle dottoresse un certo grado di disprezzo nei confronti di queste donne, non palesato nei discorsi ma evidente nelle pratiche. Queste donne hanno modelli di vita che sono sbagliati, hanno priorità di vita che sono sbagliate e in quanto tali rappresentano un “modo di essere donna diverso” da quello delle giovani dottoresse che hanno messo lo studio e la carriera al primo posto. Le loro pazienti, nella maggior parte dei casi, hanno studiato fino alla scuola dell’obbligo, quasi nessuna ha frequentato scuole superiori, non lavorano e quando lavorano svolgono professioni degne di poca considerazione sociale. Nella loro visione delle relazioni di genere, sono queste donne che in qualche modo intralciano quel processo di raggiungimento di una reale parità tra i generi che invece le dottoresse pensano di aver raggiunto. Spesso, parlando

con queste giovani donne in carriera davanti ad un caffè e quindi in maniera “informale”¹⁸², ho avuto l’impressione che, nell’aver sposato a pieno il ruolo professionale, non si rendano conto di quanto anche loro siano inserite all’interno di un contesto sociale che si costruisce sulle stesse relazioni di potere disuguali – delle loro pazienti - e che con il loro atteggiamento non fanno altro che reiterare ed aumentare la disuguaglianza.

Per quel che riguarda la *consejería*, ci sono molti modi per dire le cose e per rivolgersi alle persone, questo è chiaro. Ci sono modi diversi per costruire una relazione umana, così come ci sono modi diversi per definire la relazione tra un medico, uno specializzando o qualsiasi membro del personale sanitario e le pazienti.

Ho assistito più di una volta al confronto tra medici e pazienti in merito all’utilizzo e alla scelta del contraccettivo più adatto alla circostanza. Ho assistito alle visite che vengono fatte all’interno del servizio di pianificazione dove le donne si recano di propria spontanea volontà e ai colloqui che invece si svolgono in reparto durante la visita giornaliera della donna ricoverata.

Nel primo caso, il medico che si occupa del servizio ha come unico compito e come unica responsabilità la gestione di quel determinato settore della salute. Nel secondo caso, invece, la funzione della contraccezione passa in secondo piano rispetto a tutto il resto della pratica clinica. L’idea, condivisa dai medici, di cura e di presa in carico della paziente si esplicita nella risoluzione di un problema di salute evidente e circoscritto a quel determinato momento. La pianificazione familiare è secondaria, non è un’emergenza, non mette a rischio in quel momento la vita della persona, non implica un intervento chirurgico effettivo ed efficace. Inoltre, occuparsi di contraccezione è noioso, non si impara niente dal punto di vista medico, non si migliorano né le proprie conoscenze né le proprie capacità chirurgiche e diagnostiche, e loro in fondo sono in quell’ospedale per imparare il più possibile.

Un elemento che accomuna entrambe le circostanze cliniche è che la prescrizione del metodo contraccettivo non viene mai accompagnata da un’analisi delle condizioni di salute della donna, non vengono richiesti esami per verificare le condizioni generali della paziente e valutare per esempio quanto possa essere opportuna la somministrazione di ormoni o piuttosto l’utilizzo di un metodo meccanico che non interferisca con altre possibili patologie pre-esistenti. Non vengono richiesti esami del sangue, non si bada alla presenza o meno di diabete, di problemi circolatori, non si prendono in considerazione i valori della pressione

¹⁸² In circostanze in cui io non ero l’antropologa che stava facendo una ricerca su di loro e loro non erano parte del mio oggetto etnografico. Io ero una donna, della loro stessa età che ha scelto di fare un percorso in cui la priorità non sono i figli, almeno in questo momento particolare del percorso biografico. Anche le dottoresse hanno sempre attribuito un grandissimo valore alla maternità all’interno della loro esperienza di vita e tutte hanno espresso il desiderio di matrimonio, di avere figli e una famiglia.

arteriosa e così via. Nella mia esperienza personale, non di medico, ma di paziente e di persona che si interessa di queste tematiche, sono sempre stata abituata a pensare che prima di iniziare una qualsiasi terapia ormonale o contraccettiva è opportuno sottoporsi ad un controllo generale. Ecco, le donne che ho incontrato non vengono mai sottoposte a questi tipi di controlli.

La spiegazione che mi viene data dai medici quando esplicito i miei dubbi al riguardo è valida per le pazienti che hanno appena partorito e che sono ricoverate ma non per tutte le altre. Le donne che sono ricoverate vengono sottoposte ad esami e a controlli proprio in virtù del parto e dell'essere in quel momento in ospedale, si conosce la loro storia clinica e si conosce la loro condizione di salute generale. Per le altre, però, non vale lo stesso principio e si procede per tentativi. Si prova con il metodo che sembra essere il più appropriato in quel momento e, se si presentano problemi, sarà sostituito e si proverà con un altro tentativo.

In più di occasione mi sono ritrovata con un giovane ginecologo o ginecologa che, presi dalla fretta e dalla necessità di continuare il giro delle visite, non chiedono informazioni rispetto all'utilizzo di contraccettivi in fasi precedenti della vita, non pongono il problema di quanto alcuni metodi possano creare maggiori difficoltà piuttosto che altri.

Danno le informazioni relative al DIU dicono che tutti gli altri metodi non vanno bene e che se la paziente decide di iniziare l'utilizzo della contraccezione più avanti nel tempo è una responsabilità sua e se ne dovrà fare carico. In alcuni casi forniscono informazioni non propriamente corrette e spesso non riconoscono gli effetti collaterali del DIU o degli altri metodi.

L'enfasi del discorso, in queste situazioni, è posta non tanto sul metodo, sulla tecnologia di funzionamento, sugli effetti, ma su due elementi diversi: la *responsabilità* che la donna deve assumere se decide di non utilizzare il DIU e, soprattutto, gli altissimi *rischi* che può correre nel caso di un'altra gravidanza ravvicinata nel tempo.

La strategia più in voga all'interno del reparto, è quella che ho definito, nei miei quotidiani colloqui con Elide, un po' esagerando e un po' per sdrammatizzare, "del terrore". La tendenza è un po' quella di enfatizzare le conseguenze di una possibile gravidanza successiva e di inculcare nella paziente l'idea che qualsiasi altra alternativa sia migliore a quella di correre determinati rischi. C'è una sorta di canovaccio che viene utilizzato dai medici.

Alla domanda "*Con que se va a cuidar?*", alla spiegazione della disponibilità del DIU segue: "è importante *cuidarse*, è necessario. Soprattutto se lei verrà sottoposto ad un altro cesareo, c'è il rischio che si possa aggravare e soffrire molto. È un'altra ferita che il corpo deve sopportare, può perdere l'utero, può morire il bebè o può morire lei. Quindi è importante

cuidarse!”¹⁸³. Nel caso in cui si tratti di una donna che invece ha partorito con parto naturale, al cesareo si sostituisce parto.

Quello che desta un po’ di perplessità è che questa stessa “formula del terrore” sia utilizzata in ogni caso, sia quando le pazienti hanno avuto gravidanze normali, parti naturali e nessuna complicazione sia quando ci sono state complicazioni gravi e le condizioni di salute della donna effettivamente richiedono di evitare un’altra gravidanza.

Tra i miei appunti di campo ho trovato una lunga descrizione di una giornata in reparto in cui si era verificato un evento che mi aveva fatto riflettere proprio sulle dinamiche della *consejeria*.

Si tratta del caso di una donna che aveva appena partorito con un cesareo. Io accompagnavo in quel momento una giovane specializzanda, la stessa che dal primario era stata designata come responsabile del fantomatico progetto di ricerca sul DIU e che avrebbe dovuto collaborare con me, almeno in linea di principio¹⁸⁴. Mi aspettavo quindi che, considerando il “ruolo”, la sua attenzione nei confronti della pianificazione familiare fosse diversa, se non altro perché ero presente anche io. La giovane dottoressa propene il DIU alla paziente, lei rifiuta. Rifiuta più di una volta. La paziente continua a dire che non lo vuole utilizzare e che avrebbe preferito che le iniettassero gli ormoni. La dottoressa allora, con un tono un po’ scocciato, le dice che allora si sarebbe dovuta prendere la responsabilità di recarsi, passati i primi 40 giorni dal parto, presso il servizio di pianificazione e che il medico del servizio le avrebbe prescritto le iniezioni. Prima di andare via però con un tono eccessivamente duro, almeno così a me era sembrato, presenta per l’ennesima volta alla donna tutti i rischi in cui incorre nell’eventualità di un altro cesareo. La donna la guarda preoccupata ma resta in silenzio. Avendo avuto la percezione che la signora fosse rimasta un po’ turbata dai modi della giovane dottoressa mi fermo a chiacchierare con lei. Dopo poco arriva Elide, di nuovo le chiede “*Como te vas a cuidar?*”. Allora la signora le dice che ha appena parlato con la dottoressa e che lei proprio il DIU non lo vuole usare. Elide inizia a chiedere alla signora come si sente e a farle domande relative alla sua storia riproduttiva. Scopriamo allora che la signora che è stata appena sottoposta ad un parto cesareo ha perso il bambino. È molto provata da quest’esperienza. Ci racconta che ha avuto una gravidanza molto difficile, le sue condizioni cliniche sono state aggravate dalla presenza del diabete e da gravi problemi di pressione. Ha sofferto di ipertensione che, associata ai problemi diabetici, ha portato ad un

¹⁸³ “*Hay que cuidarse, es necesario. Sobre todo si usted va a tener otra cesarea se puede lastimar mucho. Es otra herida que va a tener que aguantar el cuerpo, puedes perder la matriz, se puede morir le bebé o se puede morir usted. Entonces hay que cuidarse*”.

¹⁸⁴ Si veda il secondo capitolo in cui viene presentato e problematizzato questo tipo di collaborazione.

grave quadro di pre-eclampsia, la cui conseguenza è stato un parto prematuro dopo il quale il feto non è sopravvissuto. È questo un quadro clinico estremamente comune nelle donne che vengono ricoverate in questa struttura ospedaliera, anche se generalmente si risolve in parti con esiti positivi .

Effettivamente a vederla è una signora molto in sovrappeso e forse la dottoressa le avrebbe dovuto spiegare in maniera un po' più dettagliata e con un po' più di calma che, avendo già avuto una gravidanza così rischiosa e difficile, sarebbe stato opportuno evitare un'altra gravidanza o almeno stabilizzare per un periodo di tempo abbastanza lungo le sue condizioni di salute prima di provare ad avere un altro figlio. In ogni caso, da un punto di vista medico, quello che sarebbe più opportuno per questa signora è non avere altri figli per non dover correre altri rischi. E credo che questo fosse il messaggio che la dottoressa cercava di comunicare alla paziente.

Anche ad Elide la signora continua a dire che non vuole utilizzare il DIU, l'ha già usato in passato e ha dovuto richiedere che lo rimuovessero perché le provocava fastidi e dolori. Le spiega che vorrebbe provare con le iniezioni ormonali, in questo modo non deve essere sempre dipendente dalla pillola ma può essere abbastanza tranquilla rispetto all'efficacia del metodo. Elide però le spiega che probabilmente vista la sua condizione di salute, l'assunzione di ormoni non farebbe altro che incidere in maniera negativa e che a quel punto forse l'opzione migliore sarebbe pensare ad un metodo contraccettivo definitivo. La donna aveva pensato già da sé alla sterilizzazione ma poi il parto era stato complicato, al suo arrivo in ospedale continuava a perdere i sensi e non c'era stato né il tempo né il modo di riflettere su questa possibilità. In ogni caso adesso, anche se avesse optato per essere sterilizzata non l'avrebbero operata. L'unica opzione che resta e che Elide prontamente presenta alla donna è la vasectomia. La signora non è affatto convinta che sia una buona idea, in più dice in quel caso "non devo decidere io, deve decidere mio marito". Elide le spiega allora come funziona, le spiega che cos'è, le fa vedere una serie di immagini in cui si chiarifica che la vasectomia non è l'asportazione dei testicoli e che quindi non incide sulla vita sessuale dell'uomo. Le dice che il marito può stare tranquillo non smetterà di essere uomo e non smetterà di voler avere rapporti sessuali con lei. Perché dice Elide: "Poi gli uomini pensano che con la vasectomia diventano meno uomini e perdono le capacità di fare sesso!". Ridiamo un po' degli uomini e del loro modo di pensare. La donna sembra un po' più tranquilla, dice ad Elide che quando arriverà il marito a trovarla gli chiederà di cercarla così anche lei potrà parlare con lui e spiegare bene a lui come funziona la vasectomia. Non è sicura che il marito accetti, anzi nutre grossi dubbi rispetto a questa possibilità, ma dice che ci penseranno.

Se non mi fossi fermata a parlare con la signora e se Elide non avesse poi parlato con lei, con calma e con l'intenzione di capire il suo caso, non avremmo saputo la sua storia riproduttiva e soprattutto non avremmo capito le ragioni di quel rifiuto netto. Per la dottoressa è semplicemente l'ennesima paziente che non voleva utilizzare il DIU, ma la sua storia dice molto altro.

Inoltre, la donna sarebbe rimasta nel suo stato di timore con cui aveva reagito alle indicazioni perentorie della dottoressa e avrebbe continuato a sentire il peso della sua responsabilità personale non solo nei confronti della riproduzione ma anche nei confronti della gravidanza appena finita e, soprattutto, del suo esito fortemente negativo (l'aborto). Prima di parlare della contraccezione, infatti, la dottoressa l'aveva sottoposta ad una lunga serie di raccomandazioni relative al suo stile di vita. Doveva essere, anche in questo caso, più responsabile della sua salute e avere uno stile di vita il più possibile sano – movimento, cibo non grasso, no coca cola o bevande gassate, frutta e verdura – per tenere sotto controllo i problemi di pressione e il diabete. Solo così sarebbe riuscita, eventualmente, ad avere un'altra gravidanza meno rischiosa. In una condizione emotiva di debolezza come quella che stava attraversando la signora, la “strategia del terrore” non era servita, e non sarebbe stata efficace ai fini di evitare altri possibili rischi e di salvaguardare le condizioni di salute della paziente.

Alla fine della nostra chiacchierata la donna ha un'opzione diversa da quella che aveva pensato da sola. Sebbene la *consejeria* non si sia risolta, almeno sul momento, in un esito positivo è possibile che “il tempo perso” di Elide si risolva in una futura decisione del marito della paziente di provvedere al controllo della fertilità della coppia. Quello che risulta evidente è quanto perdere quel tempo, così prezioso per il medico, avrebbe potuto avere grandi conseguenze sulle condizioni di salute, già di per se problematiche, della paziente e avrebbe probabilmente inciso sulla possibilità futura di evitare il rischio di un'altra gravidanza.

In una condizione strutturale in cui la carenza di tempo è una delle caratteristiche di cui maggiormente si lamentano tutti i medici, il tempo da dedicare alla pianificazione familiare è considerato come tempo perso, proprio perché inutile ai fini dell'efficacia terapeutica immediata e controllata interamente dal medico. In questo caso, la decisione finale spetta sempre alle donne e il ruolo del medico è molto limitato rispetto, per esempio, a qualsiasi altro tipo di intervento chirurgico la cui riuscita dipende solo ed esclusivamente dalle capacità del medico stesso.

Per i medici il valore della pianificazione familiare è inferiore rispetto a quello di tutte le altre problematiche di cui si devono occupare. Non avendo implicazioni dirette sul piano

chirurgico ed essendo un ambito del lavoro che dipende in gran parte dalle scelte individuali delle pazienti e su cui loro possono agire in maniera limitata, tendono ad attribuire ogni responsabilità alla paziente senza mettere in discussione il ruolo che essi giocano. Le informazioni e la capacità di far capire alle donne come funzionano i diversi metodi, come utilizzarli, quali sono, i possibili effetti collaterali, quali sono i modi per evitare che il metodo si riveli inefficace, non vengono considerati come elementi che dipendono dalle capacità del medico. Come se contribuire a definire il grado di consapevolezza delle donne in relazione all'utilizzo giusto della contraccezione non dipenda necessariamente e strettamente dal loro operato.

Se le pazienti non capiscono è un problema delle pazienti. Se decidono di non accettare il DIU è un problema delle pazienti e solo in parte anche loro. Ma a loro interessa, effettivamente, nella misura in cui incide sulla loro produttività come struttura ospedaliera e sulla possibilità di ricevere maggiori risorse economiche da parte dell'istituzione sanitaria.

Credo che si possa individuare nella mancanza di un reale interesse nei confronti di questo servizio da parte dei medici uno degli elementi che incidono sul fallimento del programma di pianificazione familiare e soprattutto sulla inefficacia della gestione della propria fertilità da parte delle donne. I medici sanno che i contraccettivi se non utilizzati in maniera corretta sono inefficaci. I medici danno la responsabilità sempre alle donne, alla loro mancanza di comprensione, alla cultura e al rifiuto, o agli uomini che non accettano il controllo della fertilità perché sono *machisti*. Il loro ruolo e il loro operato difficilmente vengono messi in discussione, almeno su questo specifico settore dell'assistenza.

All'interno dei meccanismi e del campo della contraccezione una figura fondamentale è il ruolo svolto dalle assistenti sociali che si occupano del programma di pianificazione familiare nei reparti. Elide lavora all'O'Horán, Clara lavora al Materno. La loro capacità di spiegare il funzionamento dei vari contraccettivi e di capire quali possono essere le migliori scelte e strategie per le donne sono fattori determinanti sia per l'efficacia del controllo della fertilità delle pazienti che per la riuscita del programma istituzionale. Le modalità di approccio alle pazienti e alla contraccezione, di Elide e di Clara, sono diverse. Tale diversità oltre ad essere legata ad elementi caratteriali e personali dipende dalla differente gestione sanitaria delle due strutture.

Elide è una persona molto tranquilla e molto riservata, quando parla con le pazienti di contraccezione lo fa con toni pacati, sempre attenta a dare tutte le spiegazioni e far vedere il funzionamento dei diversi contraccettivi con l'aiuto di figure e di foglietti illustrativi. Parla con una paziente alla volta, solo in alcuni casi crea una situazione di confronto tra tutte le

donne ricoverate all'interno della stessa stanza. Questa circostanza si verifica soprattutto quando le donne sono particolarmente partecipative. Per Elide è importante che le donne conoscano tutti i contraccettivi e sappiano come funzionano e quali sono gli effetti positivi e negativi. Elide si occupa soprattutto di convincere le donne ad utilizzare un DIU ma quando rifiutano spiega il funzionamento di tutti gli altri metodi. Poche volte l'ho sentita parlare della sterilizzazione, secondo lei non ha senso parlare di questo metodo a donne che hanno appena partorito. La sterilizzazione è il metodo che le donne conoscono di più e quando lo richiedono è perché hanno già deciso.

Clara è una persona con una grande capacità performativa, il tono di voce è squillante, a volte eccessivamente alto, si muove, gesticola ed è in grado di mantenere viva l'attenzione delle donne. Le modalità di presentazione e di gestione del momento della *consejería* sono diverse da quelle di Elide. La sua *consejería* è un po' uno show, una performance che si svolge all'interno di ogni stanza in cui chiama a partecipare tutte le pazienti presenti. Si crea, così, una sorta di spazio collettivo in cui si parla di contraccezione, in cui le donne chiedono, rispondono e si confrontano. Clara mantiene sempre la guida del confronto e del dialogo ed è molto brava nel mandarlo nelle direzioni che più sono efficaci e funzionali ai fini del suo lavoro. La sua modalità di interagire con le pazienti è molto più dinamica rispetto a quella di Elide e, in questo modo, riesce ad incentivare il grado di interesse delle donne.

Elide tende a spiegare in maniera dettagliata quello di cui sta parlando, Clara invece si focalizza sul senso generale della contraccezione come possibilità della donna di autodeterminazione e di controllo del proprio corpo. Mentre Elide parla di tutti i metodi, Clara si concentra soprattutto sulla sterilizzazione, l'unico metodo che secondo lei – e in generale secondo il settore istituzionale – permette alle donne di “decidere sul proprio corpo in maniera autonoma e libera”.

Entrambe compiono il loro giro di *consejería* ogni mattina, dopo che il giro delle visite dei medici è finito. Parlano di contraccezione con ogni paziente ricoverata.

Nei casi in cui la donna accetta l'utilizzo di un contraccettivo, compilano i moduli necessari alla somministrazione, fanno firmare il consenso informato e, successivamente, si occupano di verificare che i medici abbiano effettivamente fornito il metodo alla paziente.

Elide, tutti i giorni, per ogni paziente compila una scheda personale inserendo tutti i dati che servono sia per i resoconti statistici dell'ospedale sia per verificare il rapporto tra gli obiettivi da raggiungere e l'operatività dei servizi. Inoltre, gestisce materialmente le scorte dei contraccettivi disponibili per l'ospedale. Per fare questo deve attuare diverse strategie, alcuni metodi abbondano nel magazzino di farmaci dell'ospedale altri, invece, non superano un

centinaio di confezioni. Le scorte di preservativi e pillole superano di gran lunga le necessità, tanto che spesso arrivano a scadere senza essere utilizzati. I DIU hanno una validità molto più lunga e non presentano questo problema. DIU Mirena e Impianto sottocutaneo sono beni preziosi. La richiesta è altissima, la disponibilità bassissima. La somministrazione di questi metodi viene effettuata seguendo un rigido controllo delle condizioni di salute delle donne per evitare il rischio di effetti collaterali e di dover ritirare questi dispositivi prima del tempo. Nel 2012, la *Secretaría de Salud* ha consegnato all'ospedale un totale di 60 confezioni di DIU Mirena e 70 confezioni di Implanon. Elide si sente molto responsabile di una corretta gestione delle risorse, sicuramente più dei medici. Così responsabile che per evitare che questi metodi “scompaiono”, come è già successo in passato, tiene tutte le confezioni di DIU Mirena e di Implanon chiuse a chiave in un armadietto. Secondo lei qualche volta, qualche medico ne ha preso un paio di confezioni e le ha utilizzate per la propria attività privata. Elide questa cosa non la può sopportare.

Elide ha un contatto più vicino con le pazienti, riesce a comprendere meglio dei medici le conseguenze negative che una gravidanza indesiderata può avere, è una donna, ha un percorso biografico che le ha permesso di conoscere direttamente le condizioni di vita di donne che appartengono a settori della popolazione poveri e marginali. Una volta mi ha raccontato che la sua famiglia di origine era abbastanza povera e che i suoi genitori hanno fatto molti sacrifici per fare in modo che i figli potessero studiare. Per lei la possibilità di studiare e di costruire un percorso lavorativo è fondamentale per permettere alle donne di avere una condizione di vita migliore. Elide è una persona semplice, non si pone più domande di quelle strettamente necessarie ma è una persona che si impegna molto nel suo lavoro e che sente la responsabilità di doverlo svolgere nel migliore dei modi. Mi piaceva questo suo modo di essere, semplice, chiara ed impegnata. A volte, però, la sua semplicità e la sua pacatezza e seraficità nell'affrontare le cose mi esasperava un po': il suo modo di reagire era sempre lo stesso, non si scomponeva davanti a niente e non si faceva più domande di quelle strettamente necessarie. Come il medico non si commuove per il mal di pancia della paziente, Elide non mostrava nessuna emozione per i racconti o per i casi di vita, a volte molto difficili, delle donne. Ma il senso di responsabilità e l'impegno nel tentativo di fare tutto il possibile per migliorare la condizione di salute e, più in generale, di vita delle donne che si rivolgevano a lei era quotidiano. Anche quando era annoiata, contrariata e seccata nel fare sempre le stesse cose tutti i giorni.

Non è facile incontrare questo tipo di persone, soprattutto all'interno di istituzioni pubbliche dove il senso di deresponsabilizzazione rispetto alle proprie mansioni e compiti è altamente condiviso. In Messico, come in Italia.

Il ruolo delle assistenti sociali consiste nell'informare e convincere le pazienti e nel controllare che i contraccettivi vengano somministrati nel rispetto delle indicazioni legali, prima fra tutte il consenso informato. La firma del consenso informato è sotto la responsabilità di Elide e di Clara nei casi in cui le pazienti sono ricoverate in reparto. Al contrario, quando il consenso viene firmato in sala parto ne sono responsabili i medici. Generalmente il consenso viene firmato in sala parto, durante il travaglio e/o prima del cesareo, per l'inserimento del DIU e soprattutto per la sterilizzazione. Le pazienti che decidono di essere sterilizzate devono firmare il consenso informato prima di essere portate in sala operatoria per il parto cesareo.

Il consenso informato certifica la consapevolezza della donna nella scelta del metodo, avvenuta in libertà e senza coercizione, dopo aver ricevuto tutta l'informazione necessaria. Probabilmente le condizioni in cui viene proposto e accettato un metodo contraccettivo durante il travaglio e/o poco prima di un cesareo non sono ottimali. La priorità, in quel momento, non è la contraccezione, né per la donna e, spesso, neanche per il medico. Una donna sul punto di partorire è molto più focalizzata sul dolore, sulla paura, sul desiderio e la preoccupazione che vada tutto nel migliore dei modi, che non ci siano complicazioni e, soprattutto, che il neonato sia sano. Chiederle in quel momento quale metodo utilizzare per evitare la prossima gravidanza significa far leva su una condizione emotiva e razionale probabilmente molto meno stabile di quando, invece, avendo adempiuto il proprio compito, è ricoverata in reparto.

L'atteggiamento dei medici nei confronti delle pazienti in fase di travaglio non si esaurisce nella presentazione dei contraccettivi disponibili ma diventa una sorta di strategia "di pressione" e "di terrore". Alle pazienti viene fatta la stessa domanda più e più volte, come se la risposta potesse cambiare nel giro di pochi minuti a seconda delle informazioni fornite. Quando, dopo diversi tentativi, sono ancora convinte di non voler essere sterilizzate e/o di non voler utilizzare un DIU si continua ad esercitare la pressione medica: si presentano alla donne quelle possibilità catastrofiche che ho definito, prima, "strategia del terrore". In alcuni casi queste situazioni possono essere particolarmente pesanti da sopportare per una donna che, in quel momento, pensa solo a partorire senza complicazioni, una donna che è sicuramente molto provata fisicamente ed emozionalmente. Le pazienti sono consapevoli di quanto il trattamento che viene loro riservato non sia sempre ottimale. Alcune sono più

comprehensive: le condizioni generali in cui lavorano questi medici provocano un livello di stress e di tensione altissima, la riconoscenza che le neo mamme provano nei confronti di chi le aiutate a partorire è giustamente sempre molto alta. Altre sono più “arrabbiate”, probabilmente perché le loro esperienze sono state particolarmente negative o semplicemente perché tendono ad essere più critiche nei confronti di ospedali e personale sanitario. Sono loro quelle che raccontano di essere state trattate come pezzi di carne, di come nessuno le ascoltasse, di essere state rimproverate per le grida e per non essere in grado di sopportare sufficientemente bene il dolore, di essere state sottoposte a forti pressioni perché decidessero di utilizzare un metodo contraccettivo.

Questi episodi sono molto comuni nelle sale parto degli ospedali pubblici in tutto il Messico. Per questo motivo negli ultimi anni si è iniziato a definire questo fenomeno nei termini di “violenza ostetrica”. Con violenza ostetrica si intende qualsiasi forma di maltrattamento verbale e fisico, negazione dell’assistenza, indifferenza di fronte a richieste, reclami, rimproveri, scherzi, ironie, decisioni mediche sul parto prese senza il consentimento della paziente, per arrivare fino alla sterilizzazione forzata.

Sebbene questo concetto fosse utilizzato all’interno di ambiti accademici e scientifici, il fenomeno non è stato oggetto di molti studi specifici. L’attenzione su questo fenomeno è stata accesa soprattutto a partire dalla campagna di una Ong messicana, “GIRE”, che si occupa della difesa dei diritti sessuali e riproduttive delle donne. L’obiettivo della campagna è quello di: identificare questi fenomeni, conoscerli, documentarli e dare loro un nome. Conoscere questa realtà è il primo passo per denunciarne le derive e per fare in modo che qualcosa possa cambiare nella pratica clinica dei medici e nell’esperienza del parto delle donne (Castro e Erviti 2014).

Le pazienti e, in generale, le donne sanno che partorire negli ospedali pubblici non è una bella esperienza. I medici non sono sempre gentili, le forme di maltrattamento a cui si può essere sottoposte sono molteplici, l’accortezza, la sensibilità e la gentilezza di modi ed espressioni passano in secondo piano in queste strutture. La priorità è data, come è giusto che sia, alla pratica clinica. Nessuna paziente vorrebbe un ginecologo che mentre sei in travaglio ti tranquillizza, ti coccola e ti fa sentire serena emotivamente ma, poi, non è in grado di gestire clinicamente il parto e di affrontare le complicazioni che possono sorgere in qualsiasi momento, questo è ovvio. Ma forse nessuna vorrebbe essere maltrattata perché i dolori sono forti ed urla, nessuna vorrebbe sentire frasi come “prima ti sei divertita e non hai pensato e adesso soffri e ti lamenti pure...”, nessuna vorrebbe essere sottoposta continuamente al controllo della dilatazione in maniera violenta e poco attenta come spesso succede, prova ne è

che quando una donna partorisce naturalmente ha la parte inferiore delle cosce letteralmente tumefatta. Io, in altre situazioni di parti naturali, non ho mai visto quei lividi e quel livello di tumefazione dei tessuti. Come è vero che la ferita del taglio che resta sui corpi delle donne dopo il cesareo è più lunga, più grande e più brutta di quella a cui per esempio ero sempre stata abituata. Taglia tutta la pancia: in senso orizzontale e sul basso ventre se è il primo cesareo, in senso verticale e al centro del ventre se è il secondo. I casi di donne sottoposte al terzo taglio cesareo sono sempre più rari. La ferita è chiusa spesso in maniera così approssimativa che le cicatrici si rimargina dopo molto tempo e molta cura, i segni restano visibili. Non sono una persona che si scompone davanti ad immagini cruente ma guardare le pance delle pazienti con quei tagli mi provocava, ogni volta, una reazione di fastidio profondo. La mia idea è che per i tempi e le condizioni di lavoro generali i medici tendano ad essere meno attenti ai punti di sutura per evitare danni estetici quando, come spesso mi hanno detto devono occuparsi di altri casi: “salvare non una vita, ma due”.

Nelle sale parto l'ambiente è sempre molto concitato, i medici si muovono tra una paziente e l'altra cercando di mantenere sotto controllo tutti i travagli. In sala operatoria si lavora con ritmi molto serrati, appena si finisce un cesareo ne inizia subito un altro. Il senso dell'urgenza e del rischio sono gli elementi che più di tutti mi sembrano incidere sulla gestione dei parti. Le complicazioni possono sorgere da un momento all'altro, la responsabilità che sentono i medici è doppia, nei confronti della madre e nei confronti del nascituro. Urgenza e rischio sono le categorie che maggiormente vengono utilizzate dai medici per pensare e rappresentare il loro lavoro. Come queste categorie siano definite in termini contestuali e non sempre sull'assolutezza del sapere scientifico è il dato da analizzare. Il sapere medico e le indicazioni professionali si incontrano con la pratica clinica e con le necessità istituzionali definendo delle strategie dell'assistenza medica che non sempre rispondono in maniera diretta alle condizioni ottimali della salute delle donne e alle indicazioni teoriche del sapere scientifico.

In alcuni casi determinate procedure mediche sono necessarie per salvare la vita di una donna in altri casi queste stesse procedure vengono effettuate per questioni ed opinioni personali dei medici, per rispondere ad una gestione dei servizi, per accomodare il sistema di gestione della struttura o della pratica clinica per i medici ed è in questi casi che diventano discutibili e problematiche (Lowe 2003). Come in tutte le scienze anche le pratiche della medicina non sono assolute e le procedure cliniche possono essere controverse in alcune situazioni strutturali più che in altre, nei confronti di una determinata tipologia di pazienti più che di altre.

Il decorso della gravidanza, la presenza o meno di complicazioni e di eventuali patologie della donna o del feto sono elementi che incidono sulla scelta della tipologia del parto. I quadri clinici presentati dalle donne sono spesso simili, caratterizzati da una forte incidenza del diabete e della pressione alta che comportano la comparsa di sindromi di preeclampsia ed eclampsia. In queste circostanze si opta sempre per un cesareo. Il parto cesareo viene di norma preferito per le donne che hanno presentato complicazioni durante la gravidanza e che potrebbero avere problemi durante il travaglio. Viene preferito in quei casi in cui il travaglio diventa eccessivamente lungo e laborioso, il prodotto della gestazione è in posizione poco consona ad essere espulso in maniera naturale, quando l'età della donna viene considerata già avanzata (tra i 30/35 anni) o quando invece l'età della paziente viene considerata troppo giovane per poter affrontare un parto (14/17 anni) ma, in quest'ultimo caso, dipende molto dalle singole situazioni.

Anche i ritmi e i tempi dell'assistenza medica incidono sulla scelta della tipologia del parto. Un taglio cesareo permette al medico di gestire il parto in maniera molto più controllata rispetto ad un travaglio, si tratta di un intervento chirurgico. Il cesareo è più veloce. I tempi dei travagli sono indefiniti, il tempo di un parto cesareo è circoscritto. Il travaglio richiede un'attenzione costante perché in qualsiasi momento potrebbero sorgere complicazioni che devono essere risolte, il cesareo esclude questa possibilità e permette dunque un utilizzo più razionale degli sforzi e delle energie del personale ospedaliero. In un contesto ospedaliero in cui le risorse sono scarse questo diventa un elemento centrale nelle decisioni cliniche che vengono prese quotidianamente.

La maggior parte delle donne che vengono ricoverate all'interno degli ospedali in cui ho fatto ricerca viene sottoposta ad un parto cesareo. In Yucatán, infatti, la media percentuale dei parti cesarei rispetto a quelli naturali è molto alta, arriviamo anche ad un soglia del 60% di cesarei sui parti totali (Ortega Canto 2011; Quattrocchi 2011).

Le donne preferiscono, almeno in linea di principio, partorire con un parto naturale. Il dolore di un parto naturale è immediato e momentaneo. Il corpo in maniera fisiologica recupera la propria funzionalità. Si torna alla quotidianità in un periodo di tempo molto più rapido. Il cesareo è, invece, molto più debilitante. È senso comune, tra le donne, sapere che prima – in un passato non ben definito - i parti erano naturali, solo nei casi più difficili si optava per il cesareo e non capire perché invece oggi sia invece così diverso. Per le loro madri e, soprattutto, per le loro nonne, il parto si faceva in casa con l'assistenza di una levatrice (*partera*), oggi nessuna delle donne che incontrato partorirebbe a casa senza l'assistenza di un

medico¹⁸⁵. L'idea di poter partorire in casa si accompagna con grandi paure e timori per le complicazioni. In ospedale, dicono le donne, le complicazioni possono essere affrontate, a casa no. Sono rischi che nessuna delle pazienti che ho incontrato vuole correre. Le donne hanno assimilato i discorsi dei medici, se ne sono appropriate e li riproducono. È questa una delle principali forze della medicina nel contesto locale e anche altrove.

6.3 I contraccettivi: tecnologie meccaniche ed ormonali

6.3.1 Il DIU

Tra i diversi metodi contraccettivi quello che crea più problemi sia alle donne sia ai medici è il DIU, il dispositivo intrauterino, anche conosciuto come spirale. Si tratta di uno strumento contraccettivo e intercettivo poiché impedisce la fecondazione o, laddove questa sia eventualmente avvenuta, ostacola l'annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero. È un piccolo supporto in plastica avvolto da un filo di rame, da qui il nome di “spirale” termine che però non viene mai utilizzato in Messico dove, invece, questo metodo è meglio conosciuto come *DIU T de cobre*, per la forma simile ad una T che ha il supporto in plastica. Viene inserito nell'utero¹⁸⁶, da un ginecologo, tramite una piccola cannula flessibile. Gli ioni di rame rilasciati dal dispositivo bloccano i movimenti e la sopravvivenza degli spermatozoi nell'utero e rallentano la risalita degli spermatozoi nel canale cervicale, in questo modo non riescono a raggiungere l'ovulo e a fecondarlo. Inoltre, provoca una leggera reazione infiammatoria che modifica il rivestimento interno dell'utero (endometrio), rendendolo inadatto alla gravidanza, impedendo quindi che l'ovulo – eventualmente già fecondato – possa impiantarvisi.

Questo metodo ha una durata di cinque anni e può essere rimosso in qualsiasi momento senza particolari difficoltà. L'inserimento è veloce, quando il ginecologo è molto esperto in questa pratica non servono più di cinque minuti. Quando viene inserito generalmente può causare leggeri dolori o fastidi, secondo quanto mi è stato riferito dalla maggior parte delle donne che

¹⁸⁵ Altre donne, negli ultimi anni, stanno riscoprendo l'esperienza di un parto più naturale, in uno spazio conosciuto e familiare come la casa. Esse hanno iniziato a frequentare queste figure appartenenti alla sfera della “medicina tradizionale” come le levatrici, dando inizio ad un processo di rivitalizzazione culturale di alcune pratiche del corpo. Sono donne che appartengono a settori sociali più ricchi, che hanno studiato, che hanno un lavoro, che hanno una propria autonomia e percorsi biografici molto diversi dalla maggior parte delle donne che ho incontrato per la mia ricerca. Si tratta spesso di giovani che viaggiano, affascinate da un certo senso della “tradizione” e di ritorno al passato ed alle pratiche “naturali”.

¹⁸⁶ Solitamente in Italia viene inserito durante il ciclo mestruale, poiché in questa fase il collo dell'utero risulta essere più dilatato. In Messico invece viene inserito in qualsiasi momento del ciclo ovarico.

lo utilizzano. Generalmente si consiglia un primo controllo dopo un mese dall'applicazione e successivamente dovrebbe essere controllato ogni sei mesi. Viene utilizzato per donne che hanno avuto almeno una gravidanza e un parto. Per le donne che non hanno ancora sperimentato né la gravidanza né il parto si preferisce consigliare altri metodi contraccettivi, generalmente ormonali.

È un metodo meccanico e quindi può essere tranquillamente utilizzato dalle donne che sono in periodo di allattamento, subito dopo il parto.

È il metodo che viene maggiormente proposto all'interno dei reparti di ginecologia ed ostetricia e dei servizi di pianificazione familiare, perché da un punto di vista istituzionale rappresenta la soluzione migliore. È un metodo duraturo, la gestione – nei termini di inserimento e di rimozione – è tutta interna al settore salute, è il metodo economicamente più conveniente per l'istituzione ed è quindi che quello di cui c'è maggiore disponibilità all'interno delle strutture secondo una logica finanziaria basata sul risparmio.

Nei casi delle pazienti ricoverate, il DIU può essere inserito in due momenti diversi: subito dopo il parto o cesareo in sala operatoria oppure prima che la donna venga dimessa dall'ospedale (a distanza di uno o due giorni dal parto). La scelta di utilizzare questo contraccettivo quindi può essere compiuta prima del parto, generalmente nella fase del travaglio, o anche successivamente, nella fase di degenza. Quando il DIU non viene inserito in sala parto o in sala operatorio ma solo successivamente questa pratica viene compiuta in una piccola stanza generalmente utilizzata per il monitoraggio delle gravidanze che presentano complicazioni o minacce di aborto. Sono gli specializzandi che si occupano dell'inserimento del DIU, spesso quelli più giovani per imparare ed acquistare dimestichezza con questa pratica. Ciò implica che la paziente si ritrova in una stanzetta piccolissima, sdraiata sul lettino ginecologico con le gambe divaricate attorniata da almeno cinque o sei persone che la guardano. L'operazione di inserimento del DIU è abbastanza rapida e poco problematica, quasi mai ci sono difficoltà nell'inserimento anche se dopo le donne lamentano fastidi e piccoli dolori dovuti all'assestamento del dispositivo all'interno dell'utero. Parliamo di un'azione su un utero che è già provato da un parto e che ancora deve riprendere la sua normale funzionalità.

Si tratta quindi dell'unico metodo che i medici possono proporre alle neo mamme che rappresentano anche la maggioranza delle pazienti presenti nei reparti. Considerando la tendenza delle donne al rifiuto di questo metodo e quella dei medici a non occuparsi in maniera troppo puntuale della contraccezione, il primario del reparto di ginecologia ed ostetricia dell'O'Horán ha deciso da qualche anno di utilizzare una strategia per incentivare i

medici ad occuparsi dell'inserimento del DIU e, in questo modo, migliorare la produttività del reparto nei termini di utilizzo della contraccezione. La strategia consiste nella possibilità di avere diritto ad un giorno libero per ogni dieci DIU inseriti. Ovvero, per ogni dieci pazienti assistite che decidono di utilizzare il DIU, il medico, dopo averlo inserito e dopo aver consegnato ad Elide le targhette presenti all'interno delle confezioni del contraccettivo, può richiedere di avere un giorno di vacanza. Elide ha la responsabilità di raccogliere le targhette (che devono essere compilate dal medico con diversi dati: nome della paziente, giorno di inserimento e firma del medico), verificare la loro validità e tenere un registro dei giorni liberi che spettano ad ogni medico. Effettivamente Elide mi dice che da quando si utilizza questa regola non scritta è aumentata la quantità di DIU che vengono inseriti, soprattutto subito dopo il parto o il cesareo. Il primario, dal canto suo, ogni volta che parla con me è sempre molto entusiasta ed orgoglioso del successo di questa decisione.

Questo metodo, sulla carta sembra non avere grossi effetti collaterali: non incide sulle funzioni fisiologiche e non provoca aumento di peso come invece succede per tutti i metodi ormonali. Le donne però sono restie ad utilizzarlo e le percentuali di rifiuto quando viene loro proposto sono alte. Quindi le preoccupazioni del primario sono effettivamente legate ad un problema di gestione clinica.

Una delle principali caratteristiche del DIU, secondo le donne, è che provoca fastidi, sanguinamenti eccessivi durante il ciclo mestruale, si continua a “sentire” come oggetto esterno all'interno del corpo anche dopo molto tempo dal suo inserimento e soprattutto si muove, si sposta o può cadere – dicono che lo “perdono” – senza accorgersene. Per le donne, il dispositivo non “accomoda” quasi mai. Ovviamente quando si sposta e quando si perde, le donne restano incinte.

I medici, dal canto loro, riconoscono la possibilità di alcuni di questi effetti collaterali: i sanguinamenti ed i fastidi subito dopo l'inserimento, ma sostengono che, dopo un periodo di tempo abbastanza lungo di utilizzo (sei mesi), questi effetti tendono a scomparire. Secondo loro è molto difficile che il dispositivo si possa spostare e altrettanto improbabile che “cada”. Quando si verificano questi casi la responsabilità è del personale medico che ha provveduto all'inserimento del dispositivo nell'utero. Sempre secondo il loro punto di vista, generalmente si tratta del personale medico presente nei centri di salute delle comunità e dei centri urbani più piccoli che spesso non sono in grado di compiere questa pratica nella maniera corretta, non essendo ginecologi. Questo dato entra in contraddizione con quanto ho potuto verificare durante i mesi della mia ricerca perché nella maggior parte dei casi, le donne consapevoli di queste eventualità, scelgono quasi sempre di rivolgersi ad una struttura ospedaliera e ad un

ginecologo. La maggior parte dei DIU che le donne utilizzano vengono inseriti all'interno degli ospedali, dopo il parto o il cesareo, o negli ambulatori di pianificazione familiare presenti nei due ospedali in cui ho condotto la ricerca.

Quando presentavo questa mia considerazione ed esplicitavo i miei dubbi rispetto all'interpretazione dei medici, la spiegazione alternativa allo "spostamento" del DIU poteva variare: si sposta perché dovrebbe essere controllato, dopo un mese dall'inserimento e, successivamente, ogni sei mesi. La responsabilità quindi è delle pazienti che non si recano dal medico per le visite di controllo.

Effettivamente questo è vero, la maggior parte delle pazienti non rispetta il controllo semestrale ma solo quello successivo al primo mese e, successivamente, viene fatto quando le donne che si recano in ospedale o dal medico per altri problemi di salute ne approfittano anche per far controllare il DIU. Nella maggior parte dei casi questo controllo viene effettuato in maniera contestuale quando le donne si recano dal medico per sottoporsi al Pap-Test.

Secondo la Norma Sanitaria ufficiale ogni donna con età superiore ai 35 anni o a ogni donna che abbia avuto una gravidanza dovrebbe sottoporsi al Pap-Test, almeno una volta all'anno. Questa procedura permette di individuare la presenza del Papilloma Virus ed, eventualmente, la presenza di lesioni dovute al cancro della cervice dell'utero. Spesso però la gestione delle campagne sanitarie legate al Pap-Test e al cancro dell'utero presentano forti carenze¹⁸⁷ e le donne non sempre si recano ai controlli. In questo senso la mancanza di un controllo costante ed efficace è una delle principali cause del possibile fallimento sia della diagnosi precoce relativa al cancro dell'utero, che in Yucatán ha un'incidenza altissima¹⁸⁸, sia dell'efficacia del DIU.

Questa gestione della salute non deve essere imputata tanto ad una mancanza di responsabilità quanto, piuttosto, alle difficoltà pratiche e materiali che impediscono alle donne di fare una visita ginecologica specialistica ogni sei mesi, o anche ogni anno. Una delle principali motivazioni che inducono le pazienti ad optare per l'utilizzo del DIU risiede proprio nella possibilità di non doversi costantemente preoccupare di come ottenere i contraccettivi. Il DIU viene inserito, controllato ogni tanto ma, per il resto, non richiede un'attenzione costante come invece succede nei casi in cui si utilizzano pillole, iniezioni e cerotti.

¹⁸⁷ Nei centri di salute più piccoli, quelli maggiormente accessibili per le pazienti, non sempre è presente personale medico che è in grado di somministrare il Pap-test in maniera appropriata, i risultati dell'esame in molti casi sono sbagliati. Allo stesso modo, spesso questi medici non hanno le conoscenze specifiche relative ad una gestione appropriata del DIU. L'opzione migliore sarebbe quella di recarsi presso una struttura ospedaliera dove esistono ambulatori specifici con la presenza di un ginecologo.

¹⁸⁸ Accennerò a questo problema nel capitolo ottavo in cui descrivo il lavoro del movimento Pro-Choice.

Sebbene i medici tendano a negare spostamenti e perdite del DIU, le donne sono convinte che questi casi si verificano molto più spesso di quanto si possa pensare. Succede, tutte conoscono qualcuna a cui è successo: una sorella, una vicina, un'amica, una cugina. Le donne parlano tra loro e queste esperienze negative vengono condivise, così come quelle positive. In diverse occasioni, mi è capitato di incontrare donne che erano ricoverate proprio a causa di qualche problema relativo all'utilizzo del DIU.

C'è il caso della signora, che ha 32 anni, un'età già molto avanzata per avere dei figli, almeno nel contesto locale e ha appena partorito il suo secondo figlio con un parto naturale. Penso all'età della donna e al fatto che sia al secondo figlio e mi sembra un caso "strano": generalmente a quest'età le donne che incontro hanno almeno tre figli e spesso sono state sterilizzate. Mi dice che il primo figlio è già grande, ha 14 anni, anche questo mi sembra strano, aspettare così tanto tempo tra una gravidanza e l'altra non è usuale. Le chiedo allora se avesse avuto qualche problema di salute o qualche difficoltà nel rimanere incinta o se semplicemente fosse stata una scelta e quindi, come aveva fatto a non rimanere incinta per 14 anni? Come si è "cuidata" per tutto questo tempo?

La signora mi dice che le avevano inserito un DIU dopo il primo parto e che quando, dopo 3 anni, era andata dal medico per farlo ritirare perché voleva avere un altro figlio il medico le aveva detto che non l'aveva trovato. Le aveva detto che molto probabilmente era caduto da solo e non se ne era accorta. Provano ad avere figli ma non succede niente, la signora se ne preoccupa ma non fa nessun tipo di controllo mi dice che pensava che se Dio non voleva darle altri figli non c'era molto da fare. Le chiedo se è cattolica e mi dice che è molto credente e frequenta assiduamente il "Tempio", fa parte di un gruppo della Chiesa del Settimo Cielo, una chiesa evangelica molto attiva e molto presente in Yucatán. Poi continua a spiegarmi che dopo qualche anno, più o meno una decina, inizia ad avere continui dolori e fastidi e allora decide di andare da un ginecologo: la signora ha una grave infezione, il DIU non era caduto ma si era leggermente spostato e dopo tutti questi anni di permanenza nell'utero aveva provocato un'infezione. Il ginecologo rimuove il DIU e prescrive una terapia per curare l'infezione. La signora allora mi dice che dopo qualche mese è riuscita finalmente a rimanere incinta e adesso non sa bene che cosa utilizzare, avrebbe richiesto di essere sterilizzata ma il suo parto è stato naturale e quindi i medici le hanno detto che non è possibile. Sicuramente mi dice: "Non utilizzo un altro DIU, è una tortura. Forse chiederò di usare il "dispositivo del braccio", almeno quello a perdere non si perde!".

In un'altra occasione durante una delle mie interviste ad una ragazza di 19 anni che ha partorito con parto naturale il suo secondo figlio dopo meno di un anno dal parto del primo,

chiedo come mai avesse deciso di fare un altro figlio in così breve tempo. La ragazza mi risponde che non lo aveva deciso, che si è accorta di essere incinta quando era già al terzo mese di gravidanza. Secondo lei non poteva essere incinta perché, dopo il primo parto, le avevano inserito un DIU e mi dice che all'inizio non si era preoccupata dell'assenza delle mestruazioni. Poi "me cayò el veinte" – mi sono resa conto - , le è venuto il dubbio, il test di gravidanza era positiva ma non riusciva a spiegarsi come era stato possibile. Il medico le aveva detto che può succedere, che a volte il DIU può cadere e magari lei non se ne era accorta. Poi mi spiega che invece il DIU non era caduto, era rimasto nell'utero ed era attaccato al braccio del bambino quando è nato. Si era attaccato sulla pelle del bambino, con il rischio di provocare un'infezione ma fortunatamente non era successo.

Perché il DIU si sposta? L'ipotesi più riconosciuta a livello medico è che dipende da come e da quando viene inserito nell'utero.

Una delle poche persone che mi hanno espresso con chiarezza la propria consapevolezza dell'esistenza di problemi con questo metodo è l'assistente sociale del centro di salute di Mérida (dove si svolgono le vasectomie). L'ho conosciuta perché tutte le pazienti che da quel centro di salute, il più grande di tutto lo stato, vengono poi indirizzate all'O'Horán o al Materno per il parto parlano con lei della contraccezione. Insomma, lei si occupa di svolgere lo stesso tipo di lavoro di Elide, per tutte le donne che sono incinte e che si recano alle visite specialistiche. L'obiettivo è quello di parlare con le pazienti, presentare i diversi metodi già prima del parto ed eventualmente arrivare alla firma del consenso informato che sarà poi presentato direttamente all'istituzione sanitaria quando si viene ricoverate. Mi spiega però che questa strategia non sempre funziona: anche quando le signore decidono poi, in verità, una volta in ospedale possono cambiare idea. Quindi il tipo di lavoro che lei svolge è solo di informazione, nella speranza che questa cosa possa rendere le donne più consapevoli delle diverse possibilità che vengono loro offerte, di come funzionano i contraccettivi e possano iniziare a pensare ad una eventuale scelta già durante la gravidanza.

Mentre parliamo, ad un certo punto, Elide mi dice che secondo lei non è vero che le donne non conoscono la contraccezione, che non la vogliono utilizzare e che sistematicamente rifiutano le proposte dei medici. Il problema è il tipo di informazione, secondo lei deve essere "chiara e, soprattutto, veritiera". Quando le chiedo che cosa intende per "chiara e veritiera" mi risponde che alle donne bisogna spiegare quali sono i rischi e gli effetti collaterali di ogni metodo e spiegare come funzionano, cioè come agiscono sul loro corpo. Appartiene al senso comune condiviso dalle pazienti pensare che gli ormoni siano nocivi per il sangue. In realtà hanno un'incidenza a livello circolatorio ma nessun medico perde troppo tempo ad esplicitare

questo tipo di informazione e a chiarirla. Le donne restano così sempre con il dubbio se quello che pensano sia effettivamente vero da un punto di vista scientifico o se, piuttosto, sia solo una sorta di credenza popolare.

Inoltre, secondo lei non si può continuare a sostenere che il rifiuto nell'utilizzo del DIU non è fondato su motivazioni "reali". Non si può continuare a sostenere che non è vero che quel metodo comporta una serie di problemi: si può spostare, si muove, può cadere senza che la donna se ne accorga. Senza un reale controllo del suo posizionamento il verificarsi di queste eventualità è molto alta. Quello che pensano le pazienti, quello che le donne si dicono sul funzionamento del DIU è importante, soprattutto perché è proprio sull'opinione personale delle pazienti che si gioca il fattore decisionale fondamentale. L'unico modo per modificare queste opinioni e rendere il più possibile efficace il funzionamento del contraccettivo è spiegare sia gli elementi positivi sia i possibili effetti negativi, cercando di rendere le donne consapevoli delle loro decisioni e dei rischi che eventualmente corrono, non negarli.

Ad un certo punto della mia ricerca si verifica una strana casualità all'interno della gestione clinica dell'ospedale. Nel giro di un paio di settimane vengono ricoverate cinque casi diversi di pazienti che presentano la stessa patologia: il DIU si è spostato (nel gergo tecnico ospedaliero si dice "*traslocado*") nell'addome e devono essere operate per toglierlo. Le donne oltre a soffrire di dolori e di disturbi vari e ad aver avuto negli ultimi mesi una vita sessuale alquanto fastidiosa diventano dei casi rinomati in tutto l'ospedale, sia per le pazienti che per i medici. La voce che il DIU si sposta e provoca molti problemi comporta che nessuna delle pazienti ricoverate, almeno in quel lasso di tempo, accetti di utilizzare questo metodo.

C'è il caso della signora che è stata ricoverata perché da mesi soffre di dolori fortissimi al ventre, è andata da diversi medici e non si è riuscito a capire quale fosse la causa. Le analisi non presentano nessun valore sballato ma lei si sente malissimo. Poi mi racconta che ha deciso di andare al pronto soccorso dell'ospedale e finalmente i medici hanno deciso di farle una lastra per verificare che tipo di problema potesse avere. Dalla lastra vedono che il DIU si è spostato non è più nell'utero ma molto più in alto, la signora ha un'infezione gravissima e l'unico modo per risolvere il problema è curare l'infezione con dosi fortissime di antibiotici e operarla al più presto. L'unico modo di togliere il DIU dalla pancia è aprire. È ricoverata da tre giorni perché appena si libera una sala operatoria che generalmente viene occupata per i cesarei la operano. Il DIU era stato inserito nell'ospedale subito dopo il parto, circa un anno fa.

Nel letto di fianco a quello di questa paziente è ricoverata una giovane donna, ha 20 anni ed è originaria di Cancun, da poco si è trasferita a Mérida perché il suo attuale compagno abita qui.

È stata ricoverata perché dopo un aborto spontaneo e stata sottoposta ad un raschiamento che ha avuto complicazioni. È madre di un bambino di due anni, figlio di una relazione precedente a quella attuale. Quando le chiedo se ha deciso con che metodo “cuidarsi” mi dice che aveva pensato al DIU ma dopo aver conosciuto la sua vicina di letto ha assolutamente cambiato idea. “Adesso sono terrorizzata all’idea di farmi inserire quel coso dentro”.

Non vuole comunque correre il rischio di una gravidanza soprattutto perché l’aborto, mi dice, è stato traumatico non voleva un altro figlio ma la perdita di sangue e i dolori sono stati fortissimi e, anche dopo il raschiamento, quando doveva essere tutto finito e andato tutto male ed è ancora ricoverata. Spera che questa cosa non avrà conseguenza sulla sua vita a lungo termine perché, prima o poi, vorrebbe avere un altro figlio. I medici le hanno assicurato che non ci sarà nessun problema ma è importante che per un paio di anni cerchi di fare il possibile per non correre il rischio di un’altra gravidanza ed è proprio per questo aveva pensato al DIU. Lei non è molto tranquilla ed è ancora un po’ scossa. Mi dice che prima che arrivassi io, l’assistente sociale le ha parlato dell’impianto, lei lo può utilizzare perché non è in sovrappeso – le ha detto Elide.

Queste storie verranno raccontate da ogni paziente ad altre donne, madri, sorelle, amiche. Altre donne contribuiranno ad ampliare quel senso comune, quella “credenza”, che i medici imputano all’ignoranza delle pazienti ma che forse ha le sue ragioni di essere nelle loro esperienze di vita.

Mi rendo conto che, in effetti, i casi di cui mi parlano le donne e quello che ho sentito dire nei mesi precedenti della mia ricerca poteva essere documentato. Ma l’elemento più interessante per me è stato un altro. Il verificarsi di questa coincidenza, all’interno dell’ospedale, fa venire a galla una disputa, fino a quel momento a me sconosciuta, tra i diversi specializzandi rispetto alla gestione del DIU.

Da un punto di vista strettamente medico infatti esistono diverse scuole di pensiero relative al modo ed ai tempi più appropriati per inserire all’interno dell’utero di una donna, che ha appena partorito, questo dispositivo. Innanzitutto ci sono alcuni medici (uno specializzando del quarto, R4) per i quali il DIU non deve essere inserito subito il cesareo. L’utero è ancora troppo traumatizzato dall’operazione e le probabilità di spostarsi, muovere o cadere, del DIU sono alte. Secondo questa posizione l’utero ha bisogno di un periodo di assestamento, di ritornare alle sue funzioni regolari prima di poter inserire correttamente il DIU. Ciò significa nei termini pratici non inserire dispositivi in donne che hanno partorito, attraverso il cesareo, subito dopo l’intervento com’è di prassi.

L'altra scuola di pensiero sostiene invece che se il dispositivo viene inserito immediatamente dopo il parto (sia esso cesareo o parto naturale è indifferente), parliamo dell'arco di tempo di pochi minuti, le possibilità di complicazioni diminuiscono. Nei tempi di gestione delle sale operatorie però questa regola non sempre viene rispettata e, a volte, può passare del tempo prima che venga inserito il DIU, soprattutto nei casi dei parti naturali. Inoltre, considerando che le donne in sala parto spesso rifiutano il contraccettivo ma accettano durante la fase di degenza, possono passare anche uno o due giorni. A quel punto diventa controindicato procedere con l'inserimento del DIU, tanto se si sposa la prima ipotesi quanto la seconda.

Lo specializzando (R4, quindi ha un ruolo di gestione essendo all'ultimo anno) che pone il problema, inoltre sostiene che la strategia del primario ha portato ad aumentare la pressione che viene esercitata sulle pazienti. Alcuni tra gli specializzandi più giovani hanno iniziato ad inserire DIU solo perché incentivati dalla possibilità di un giorno libero. Nonostante questa posizione venga esplicitata tanto da creare tensioni tra i diversi specializzandi, in realtà la maggior parte di loro sostiene che, a prescindere dalle diverse scuole di pensiero, se dopo un mese dall'inserimento il DIU viene controllato si è in grado di verificare già da subito il suo corretto posizionamento e funzionamento. Si evitano in questo modo le complicazioni.

Questa questione viene risolta in una diversa gestione della pratica clinica: quando i servizi vengono gestiti dall'R4 di cui parlavo prima si segue la sua decisione e non si inseriscono DIU dopo il parto. Negli altri casi, si decide in base alle indicazioni dell'R4 che in quel giorno è responsabile della sala parto e della sala operatoria.

Comprendendo che nel modo e nei tempi di inserimento del DIU si gioca una buona percentuale di possibilità dell'efficacia o meno del metodo ho cercato di capire che cosa si dicesse nella produzione scientifica più recente su questo tema. Esiste un'ampia e dettagliata produzione di articoli specialistici¹⁸⁹. Quello che mi è sembrato di capire nel confronto tra le mie letture e quello che mi veniva detto dai medici è che oltre ai modi ed ai tempi di inserimento uno dei problemi che sembra sfuggire è che il tipo di DIU che si utilizza all'interno di questi ospedali è quello meno indicato. Si tratta, infatti, di una delle prime tipologie di DIU, ormai considerata come dispositivo tecnologico obsoleto rispetto a quelli di più recente produzione. Questi ultimi, infatti, presentano un'incidenza delle complicazioni molto più bassa.

Uno dei problemi, forse non da sottovalutare, sta proprio nella *materialità* di questo dispositivo ma sembra che nessuno ne sia consapevole. O piuttosto, la mia ipotesi è che tutti lo sappiano ma, non essendo una questione che dipende dai medici o su cui essi possono

¹⁸⁹ Mi riferisco per esempio ad un numero monografico della rivista "The Lancet" pubblicato il 10 luglio 2012, proprio nel periodo della mia ricerca, incentrato sul tema: "Family Planning".

intervenire, non si pongono il problema. La scelta della tipologia dei contraccettivi offerti è basata su, e dipende da, le logiche finanziarie di gestione della salute operate dall'amministrazione governativa e dall'istituzione sanitaria centrale e dal più ampio campo della sperimentazione, produzione e commercializzazione della contraccezione. Seguendo questa logica finanziaria, è indicativo che la quantità di DIU Mirena disponibili in base alle scorte contraccettive fornite ad ogni struttura è fortemente inferiore a quella del DIU di cui ho parlato fino ad ora.

6.3.2 Il DIU Mirena

Il DIU Mirena è un supporto in plastica, a forma di T, che rilascia progesterone. È quindi un metodo contraccettivo ormonale. Il Mirena rilascia una piccola quantità di progestinico nell'utero, questo ormone rende più spessa la mucosa cervicale diminuendo le probabilità che lo sperma riesca a penetrarvi. Rende lo sperma meno attivo, ostacolandone la sopravvivenza e rendendo più difficile la permanenza dell'ovulo all'interno delle tube di Falloppio. Assottiglia, inoltre, il rivestimento dell'utero impedendo in questo modo all'ovulo eventualmente fecondato di impiantarsi. Incide anche sul ciclo mestruale, diminuendo le perdite di sangue e la sua durata. Proprio per queste sue caratteristiche questo dispositivo, oltre che come metodo contraccettivo, viene utilizzato a fini terapeutici in condizioni come le meno-metrorragie¹⁹⁰ ribelli alla terapia medica convenzionale, l'iperplasia dell'endometrio¹⁹¹, l'endometriosi pelvica¹⁹².

L'utilizzo di questo dispositivi viene prescritto soltanto a donne che presentano diversi problemi relativi alla fertilità e alla riproduzione. Considerando lo scarso numero di confezioni di cui ogni struttura è dotata le pazienti che possono accedere all'utilizzo di questo metodo vengono sottoposte ad un maggior controllo medico e ad una serie di visite di screening prima di procedere all'inserimento del dispositivo. I casi di donne che utilizzano

¹⁹⁰ Un disturbo del ciclo mestruale caratterizzato da perdite troppo abbondanti anche durante il periodo intramestruale.

¹⁹¹ Aumento di volume del tessuto mucoso per anormale aumento del numero delle cellule della mucosa dell'utero, generalmente è una fase precedente allo sviluppo di un cancro dell'endometrio.

¹⁹² L'Endometriosi è una malattia a decorso cronico determinata dalla presenza di porzioni di endometrio (mucosa che riveste internamente la cavità uterina) al di fuori della cavità dell'utero o dalla crescita di tessuto endometriale in sedi anomale (ectopiche). L'endometrio situato in queste sedi risponde agli stimoli da parte degli ormoni ovarici e si comporta come la normale mucosa uterina dando luogo ad un sanguinamento ciclico, come una mestruazione. Questo determina nel corso dei mesi o degli anni una serie di conseguenze: un processo infiammatorio cronico, la presenza di aderenze, la distorsione nei rapporti anatomici fra gli organi interessati.

questo dispositivo sono molto rari. Si cerca sempre di mantenere un controllo di queste pazienti poiché, essendo uno dei metodi più costosi si vuole evitare lo “spreco” delle risorse. Un DIU Mirena costa attorno ai 200 euro (3000-3500 pesos messicani) per confezione, viene prodotto e commercializzato dalla Bayer. Ha una validità contraccettiva di cinque anni. Nel tentativo di rendere il più possibile fruttuosi gli investimenti economici che vengono fatti su questo tipo di metodo, nei casi in cui si presentano complicazioni il ritiro del dispositivo non è immediato. Si tende ad aspettare, verificare le possibilità di miglioramenti delle condizioni di salute della paziente e poi eventualmente procedere con il ritiro, come nel caso di Lupe.

Incontro Lupe e sua madre mentre sono sedute nel corridoio del reparto davanti la stanza dove generalmente si svolgono i controlli ed i monitoraggi delle pazienti che sono arrivate in pronto soccorso con minacce di aborto o delle pazienti che, avendo gravidanze complicate, sono seguite direttamente dai medici del reparto. Mi vedono con il camice e pensano che io sia un medico, la madre di Lupe mi ferma e mi dice che sono venute per togliere il DIU Mirena possono parlare con me o quanto devono aspettare? Io dico che mi dispiace ma non sono un medico, devono aspettare che esca qualcuno dallo studio e chiedere a loro. Però, ormai ossessionata dalla necessità di raccogliere dati, penso subito che possono essere utili per la ricerca. Allora mi presento e chiedo se posso fare un'intervista mentre aspettano. Dopo scoprirò che, tra il trambusto del corridoio del reparto ed io che avevo posizionato male il registratore, l'audio è quasi incomprensibile ma, fortunatamente, sempre per l'ossessione, ho preso molti appunti.

Mi sembra che la ragazza abbia qualche problema, ipotizzo qualche forma di lieve disabilità intellettiva (qualche forma di ritardo mentale), non capisco. All'inizio infatti è solo la madre che parla con me.

Vengono da Kanasin. Kanasin, è un posto famoso se abiti a Mérida, è il vicino scomodo della città. Era un municipio autonomo al nord di Mérida, ha conosciuto negli ultimi anni una fortissima espansione nei termini di popolazione, dovuta alla forte migrazione dai centri minori dello stato verso la capitale. Oggi è la più importante e più grande conurbazione della città, caratterizzata da un alto tasso di povertà, di criminalità e di violenza. All'aumento vertiginoso della popolazione non è infatti seguito un aumento delle possibilità abitative e una crescita delle infrastrutture e dei servizi. Nell'immaginario condiviso Kanasin è la zona più pericolosa, più emarginata e più povera della città. La maggior parte delle persone che si è trasferita a Mérida per cercare lavoro nell'impresa edilizia in forte espansione, nel caso degli uomini, o nel settore dell'assistenza, della cura e della pulizia di persone, di case e di strutture per il turismo, nel caso delle donne, vivono a Kanasin. Il livello di degrado e di disagio

sociale, economico e politico in cui vivono queste persone è altissimo. La violenza si respira per strada se passi per Kanasin.

Quando la madre di Lupe mi dice dove abitano, penso immediatamente che le loro condizioni di vita non saranno sicuramente delle più semplici. Lupe ha problemi con il DIU Mirena e vuole che venga ritirato, ha 31 anni, non ha un compagno e non ha figli.

Mi spiega che da quando le hanno inserito il Mirena continua ad avere perdite di sangue che non si fermano. Si è recata già diverse volte presso il servizio di pianificazione familiare e le hanno detto di aspettare, di provare a vedere se la situazione migliorava. Mi dice che, oltre alle continue perdite di sangue estremamente fastidiose perché le sembra di avere le mestruazioni da mesi, senza nessun giorno di tregua, ha anche forti dolori all'addome. Mi dice che sente di avere delle fitte come se continuamente le dessero dei colpi sulla pancia. Ha spesso mal di testa e non si sente per niente "comoda" in questa situazione.

Mi racconta di non avere una vita sessuale attiva, non ha un fidanzato né un compagno, non è sposata. Non ha mai avuto relazioni con nessun uomo. La madre poi mi racconta della sorella di Lupe che, invece, pur essendo molto più piccola ha già tre figli. Ma, questa sua figlia ha dei problemi mentali e preferiscono che non corra rischi di rimanere incinta, nel caso in cui qualcuno dovesse approfittare di lei. Aveva anche pensato alla possibilità di farla sterilizzare ma i tempi per essere sottoposta all'operazione sono molto lunghi e in ospedale le hanno sempre detto che la precedenza spettava ad altre donne. Inoltre i medici le hanno detto che in quel caso, considerando che la donna non ha figli, è poco probabile che venga sottoposta alla *ligadura*. Non vogliono avere questa responsabilità nel caso in cui Lupe dovesse decidere, un giorno, di avere dei figli.

La madre mi spiega che Lupe non avrà dei figli. Ha problemi ed è meglio che non faccia figli perché poi non sarebbe in grado di prendersene cura, a stento riesce a prendersi cura di se stessa. In ogni caso, considerando la sua situazione, la madre dice che per la figlia è molto difficile trovare anche un compagno con cui poter creare una famiglia.

Nella migliore delle ipotesi sua figlia, secondo lei, può restare incinta solo se incontra qualcuno che si approfitta di lei e vorrebbero (lei e suo marito) evitare questa possibilità.

La signora ci tiene molto a chiarire quello che pensa e mi dice che i medici hanno studiato che loro *sanno* le cose meglio di lei. Lei non sa scrivere e non sa leggere. "Loro sono studiati", lei no. Però lei sa come funzionano le cose nel posto in cui vivono e i medici quello non lo sanno.

L'utilizzo del contraccettivo, inoltre, non era legato soltanto ad evitare il rischio della gravidanza ma anche a cercare di regolarizzare il ciclo mestruale e le perdite di sangue che

aveva Lupe. Mi racconta la madre che da quattro anni sua figlia ha iniziato ad avere un ciclo mestruale molto irregolare e doloroso e che i medici “che hanno studiato e queste cose le sanno” le avevano consigliato l'utilizzo del DIU Mirena. In questo modo si poteva intervenire sugli ormoni e Lupe non avrebbe dovuto fare le iniezioni o stare attenta, tutti i giorni, a prendere la pillola. Insomma, probabilmente, a tutti – medici e madre - sembrava essere la soluzione migliore ma non è andata a buon fine e gli effetti collaterali si sono rivelati più invalidanti degli effetti positivi.

Oggi sono venute per vedere se finalmente riescono a togliere il dispositivo ed, eventualmente, trovare una soluzione alternativa. È la terza volta che vengono in ospedale per questo motivo ma hanno sempre detto di aspettare. Oggi, la signora mi sembra essere molto convinta e molto combattiva.

Quando le incontro sono con i fogli del consenso informato in mano e mi rendo conto che hanno difficoltà ma non riesco a capire perché. Dopo un po' che parliamo la signora mi chiede se posso aiutarla, mi spiega di nuovo che lei non sa leggere e non sa scrivere, neanche Lupe. Il consenso dovrebbe essere firmato dalla figlia ma anche lei vorrebbe sapere che cosa c'è scritto. Si tratta del consenso informato che devono firmare per far rimuovere il dispositivo, le dico.

Spiego di cosa si tratta e chiamo Elide per dirle che non sanno scrivere e che deve venire ad aiutarle. Elide ci spiega, a me e a loro, che in quel caso si deve far firmare facendo apporre alla fine del modulo l'impronta digitale della paziente.

Elide parla con loro, la solita *consejeria*. Un'altra opzione per Lupe potrebbe essere l'inserimento di un impianto sottocutaneo. In quel momento però la struttura non ha disponibilità di questo contraccettivo per cui dovranno sicuramente tornare tra qualche mese. Nel frattempo Lupe può provare ad usare iniezioni o la pillola. Dopo aver rimosso il Mirena, Elide consiglia loro di scendere giù al primo piano e di parlare con la dottoressa di pianificazione familiare.

Parlano dell'impianto, Elide che è sempre molto attenta a spiegare i possibili effetti collaterali del metodo dice che ci sono molte possibilità che l'impianto possa far aumentare il peso della ragazza. Lupe non è magra, anzi, i chili di sovrappeso sono già abbastanza. Secondo Elide questa non è la condizione per utilizzare un impianto. Lupe deve fare una visita con la dietologa, iniziare a seguire un regime alimentare per dimagrire, aspettare qualche mese e, nel caso in cui è diminuita di peso, utilizzare l'impianto.

Le due donne ascoltano e dicono di aver capito, io non ne sono così sicura. Certamente la madre di Lupe ha capito che, a quel punto, l'unica cosa che possono fare è risolvere il

problema che hanno, cioè far togliere il dispositivo e poi cercare di trovare un'altra soluzione. Mi sembra un po' scettica nei confronti della spiegazione sulla dieta e l'aumento di peso. Quando Elide si allontana, mi dice che è difficile dimagrire e mi ripete che sua figlia ha problemi. Come a dire che se è già difficile fare una dieta in condizioni normali per sua figlia lo è ancora di più. Inoltre, aggiungo io, forse le condizioni economiche in cui vivono non permettono la possibilità di seguire un regime alimentare sano quanto, piuttosto, di mangiare quello che c'è. Nel frattempo però arriva uno dei medici e le fa passare nello studio, io le saluto.

Vado subito a parlare con Elide di questo caso. Lei mi dice che non avrebbero dovuto investire su un caso clinico che presentava così tante complicazioni, su quella donna sono stati già investiti più di 3000 pesos (il costo del DIU Mirena) per un contraccettivo che invece di essere utilizzato per cinque anni è servito solo per qualche mese. Elide, che è molto attenta a tutta la gestione delle risorse che ha a disposizione (perché sa benissimo che le scorte di Mirena sono estremamente esigue) mi dice che non si possono permettere di sprecare così il Mirena, i medici dovrebbero stare più attenti. E aggiunge che a quella paziente potrà essere inserito un impianto nei mesi successivi, sempre se ci sarà la disponibilità, soltanto nel caso in cui sarà dimagrita e sotto il controllo di una delle dietologhe dell'ospedale. È un po' contrariata.

Elide è la "guardiana" dei contraccettivi più costosi, meno disponibili e più richiesti dalle pazienti, come la chiamavo io per prenderla un po' in giro. Ed effettivamente rispetto all'impianto sottocutaneo il suo ruolo è proprio quello di essere una "guardiana". Tutti gli impianti in dotazione all'ospedale sono rigidamente custoditi da Elide dentro un armadietto, chiuso a chiave. L'impianto è un metodo contraccettivo di recente utilizzo, confesso che neanche ne conoscevo l'esistenza prima di iniziare questa ricerca. È la tecnologia contraccettiva di ultima generazione, quella più comoda, più facile da utilizzare, è temporaneo ma di lunga durata, non si sente, non si muove e generalmente non ha effetti collaterali. Tutte le pazienti lo vorrebbero utilizzare, la maggior parte di loro lo richiede, poche possono effettivamente accedervi.

6.3.3 *Implanon* e i contraccettivi ormonali

Implanon è il nome farmacologico dell'impianto che viene utilizzato all'interno delle strutture della *Secretaría de Salud*. È un metodo contraccettivo reversibile, ormonale e di lunga durata. È efficace per 3 anni. Il dispositivo consiste in un bastoncino flessibile di 4 centimetri di lunghezza e 2 millimetri di spessore realizzato in un materiale plastico copolimerico (etilene vinil acetato). Il bastoncino rilascia solfato di bario (3%, 15mg) ed etenogestrel (60% 68mg). L'inserimento e la rimozione dell'impianto devono essere effettuate dal ginecologo, con un'iniezione sottocutanea. Viene inserito sulla parte inferiore del braccio in modo tale che la sua posizione può essere tenuta sotto controllo dalla donna. Agisce impedendo l'ovulazione e aumentando la viscosità del muco vaginale. Il suo costo si aggira attorno ai 4000 pesos (250 euro).

Implanon è commercializzato da Merck & co., si tratta di una tecnologia sviluppata e brevettata dal *Population Council*. Secondo quanto mi dice Elide, è intorno al 2010 che la *Secretaría de Salud* inizia ad utilizzarlo. In Italia viene commercializzato un tipo diverso di dispositivo che si chiama *Norplant*. *Implanon* e *Norplant*, hanno le stesse caratteristiche, l'unica differenza tra i due è che il primo non è visibile ai raggi X, il secondo sì¹⁹³.

Gli effetti collaterali maggiori che l'utilizzo di questo metodo può comportare sono perdite di sangue e spotting per lunghi periodi di tempo e, soprattutto, un forte aumento di peso nei casi di pazienti già in sovrappeso o una diminuzione di esso nei casi di pazienti in sottopeso, poiché il dispositivo agisce sulla produzione dell'insulina provocando possibili alterazione del metabolismo.

In alcuni paesi, come in Italia, contenendo solo progesterone viene utilizzato anche durante l'allattamento. In Messico invece viene somministrato soltanto a partire dalle sei settimane successive al parto. Le ragioni di questa scelta risiedono in due fattori diversi: la disponibilità del metodo è scarsa, dopo una gravidanza si temono maggiori conseguenze in termini metabolici e di aumento o perdita di peso per la paziente.

Altri problemi possono essere riconducibili alle modalità errate di inserimento e di posizionamento.

Non tutti i ginecologi sono in grado di inserire l'impianto. Per questo motivo gli specializzandi ogni sei mesi ricevono dei corsi di formazione tenuti dagli informatori farmaceutici. Sono entusiasti di queste occasioni perché, mi dicono, per loro imparare a maneggiare correttamente questo tipo di dispositivo significa guadagnare bene, in poco

¹⁹³ Ciò implica che, nella remota possibilità, che il dispositivo si possa spostare e/o perdere, il *Norplant* può essere facilmente individuato attraverso una radiografia, *Implanon* invece no.

tempo e senza troppa responsabilità. In un servizio privato, l'inserimento di un impianto costa alla paziente 6000 pesos (320 euro), il che implica per il medico un guadagno di 2000 pesos (120 euro) per ogni visita. Il tempo di inserimento di un impianto non supera i cinque minuti, generalmente.

Ad ogni paziente, dopo l'inserimento del tubicino, Elide consegna una tessera che deve essere tenuta nel portafoglio: in caso di incidente o di qualsiasi altro problema medico chi si troverà ad assistere quella donna saprà che ha un contraccettivo inserito nel braccio. L'altra richiesta che viene fatta alle donne è quella di controllare costantemente il proprio peso, di scrivere ogni due mesi se ci sono variazioni e di quanto. Questi dati devono poi essere presentati al medico ogni volta che si fa un controllo. In questo modo si può monitorare l'aumento o la diminuzione del peso delle donne che, nei casi in cui si verificano, sono consistenti e repentini.

Non è il metodo più indicato per donne che hanno problemi metabolici, soffrono di diabete o hanno problemi di sovrappeso o obesità. Considerando l'alta incidenza di questi fattori sulla popolazione locale, la maggior parte delle pazienti risulta non essere adatta all'utilizzo di questo metodo. Tuttavia, negli ultimi 4 anni la richiesta dell'impianto è sensibilmente aumentata, è diventato un metodo molto popolare, il metodo in competizione con tutti gli altri. Ormai è conosciuto da tutte le donne, perché le donne che lo utilizzano – anche grazie all'attento lavoro di screening che viene fatto – in rari casi non sono soddisfatte. Queste donne poi lo pubblicizzano e lo consigliano a tutte le altre. La conoscenza generalizzata dell'impianto credo che sia passata più per un canale esterno all'istituzione sanitaria che per il canale ufficiale. La prova è che dal personale sanitario viene proposto solo in pochi casi, invece le pazienti lo richiedono sempre, lo chiamano generalmente “il dispositivo del braccio” – creando in alcuni casi grandi confusioni con il DIU -. È un metodo “di moda”, come mi dice sempre il responsabile del servizio di pianificazione familiare dell'ospedale Materno.

Quello che le pazienti conoscono di meno sono gli effetti collaterali che il metodo può provocare.

Alle donne che soffrono di obesità o, in generale di problemi di peso non viene somministrato. Elide mi ha raccontato che nei pochi casi in cui hanno provato, soprattutto i primi periodi in cui l'istituzione ha iniziato ad utilizzare il metodo, hanno verificato sulla pelle delle pazienti che in non è un'opzione praticabile. Dopo l'inserimento del dispositivo infatti l'aumento del peso è immediato e repentino. Parliamo anche di 15 chili presi in 5 mesi e che vanno ad incidere fortemente sulla salute di donne che hanno già problemi di questo tipo. Al contrario nelle persone particolarmente magre può facilitare una maggiore

diminuzione del peso. Gli effetti collaterali sono quindi strettamente collegati con il funzionamento del metabolismo personale. Quando si verificano queste situazioni il rappresentante farmaceutico mi dice che è necessario togliere subito l'impianto, già dopo i primi mesi di utilizzo.

Secondo lui però i medici non eseguono questi tipi di controlli e non spiegano effettivamente i rischi. È vero anche nella maggior parte dei casi le donne che si rivolgono a queste strutture per le proprie condizioni economiche e di vita materiale non seguono delle diete opportune. Gli alimenti che consumano sono sempre gli stessi, c'è un altissimo consumo di cibi industriali e di quelli che vengono comunemente definiti "cibi spazzatura", ricchi di grassi e poco nutrienti. Una caratteristica della dieta locale, poi, è il consumo quotidiano di bevande gassate, prime fra tutte le Coca-Cola che certamente non facilità la possibilità di tenere sotto controllo il proprio peso.

Nei casi in cui invece le donne riescono a modificare il proprio stile di vita, migliorano in generale la loro salute. Agire su quelle che potrei definire "abitudini di vita", significa agire sul diabete (malattia cronica ormai ad altissima incidenza soprattutto per alcune fasce di popolazione), sui problemi cardio circolatori e sull'ipertensione. Sono queste, inoltre, le patologie che incidono maggiormente anche sulle condizioni di salute delle donne in gravidanza e, di conseguenza, sul parto. L'alta percentuale di cesarei che viene effettuata all'interno delle strutture mediche è infatti giustificata, dai medici, in base all'alta incidenza di queste patologie.

Raramente si verificano anche altre tipologie di effetti collaterali, come nel caso di due pazienti che casualmente si sono recate lo stesso giorno in ospedale per richiedere la rimozione dell'impianto.

Queste signore non sono per niente soddisfatte dell'utilizzo di questo contraccettivo, non si sentono affatto bene. Una ha continuamente il ciclo mestruale e l'altra soffre di sbalzi di pressione e di forti mal di testa. Prima di decidere di rimuovere definitivamente il dispositivo hanno passato mesi cercando di capire se c'erano effettive possibilità di miglioramento delle loro condizioni fisiche e se gli effetti collaterali diminuivano in qualche modo. Entrambe sono un po' esasperate da una condizione di salute estremamente invalidante e anche dal fatto che non è la prima volta che vengono in ospedale per togliere l'impianto e non sono mai state assistite.

La possibilità di rimuovere l'impianto c'è soltanto di mattina: le uniche persone che si occupano di questa pratica sono gli specializzandi e nel pomeriggio salgono in reparto solo per visitare e controllare le pazienti più gravi. Il resto del tempo lo passano in sala parto o in

sala operatoria. Elide mi dice che non è la prima volta che si verifica la situazione delle due pazienti di oggi, in altri casi gli specializzandi si sono dimenticati di dover ritirare un impianto e le pazienti hanno aspettato tutta la mattina fino a quando non sono dovute andare via. È ad Elide che poi vengono presentate lamentele e attribuite responsabilità ma, secondo lei, il problema è che gli specializzandi non vogliono occuparsi di queste cose. Dopo aver imparato come si inserisce e come si rimuove e aver acquisito un certo grado di dimestichezza con il dispositivo – capacità che saranno sfruttate all'interno della pratica medica privata – pensano di poter rimandare ad un altro momento i casi di queste pazienti, non urgenti e non prioritari rispetto a tutto il resto. Inoltre, Elide mi dice che non c'è una chiara gestione di questo metodo all'interno della struttura, non c'è qualcuno responsabile e ognuno pensa di poter delegare ad altri. Aggiunge che per un po' può stare tranquilla tanto ormai non ci sono più impianti disponibili in ospedale.

Già ad inizio giugno Elide mi dice che ormai gli impianti, che c'erano e che rappresentavano la spesa annuale fatta dalla *Secretaría de Salud*, sono finiti. Per l'ospedale erano stati comprati 70 impianti e dovevano durare tutto l'anno. Ma questo è l'ospedale che ne ha più bisogno e che ne consuma più di tutti, però, aggiunge, nelle altre strutture ne hanno distribuiti ancora meno.

In teoria, secondo le informazioni che le sono state date, la *Secretaría de Salud* ne ha comprati altri per far fronte, almeno in parte, alle necessità del resto dell'anno. Non si sa bene quando arrivano. Siamo in periodo elettorale. Con le elezioni hanno bloccato tutto. Dopo ci saranno i nuovi governatori che dovranno cambiare tutte le cariche istituzionali, da quelle più alte fino al primario del reparto. In tutto questo tempo è molto difficile che verranno liberate le risorse ed i materiali, anche se sono stati acquistati. Per i prossimi mesi non ci sarà modo di fornire impianti alle pazienti. Le è stato detto che anche il Materno non ne ha più e che quindi non è neanche possibile inviare le donne che lo richiedono.

Secondo l'informatore farmaceutico, responsabile della fornitura di questo dispositivo in tutte le strutture della penisola, in questo momento le istituzioni sanitarie sono molto restie ad investire grandi cifre di denaro nella contraccezione e l'impianto è il metodo contraccettivo più costoso di tutti. L'investimento finanziario che viene fatto sull'impianto è di gran lunga inferiore a quello che si dovrebbe fare per rispondere effettivamente alle richieste delle pazienti. Secondo i suoi dati, in tutti gli ospedali, quelli della *Secretaría* ma anche delle altre istituzioni (IMSS, ISSTE), la disponibilità del metodo si esaurisce già nei primi mesi di ogni anno.

Anche per questo motivo negli ultimi tempi sono diminuiti i corsi di formazione per il personale sanitario organizzati dalla casa farmaceutica. I medici non partecipano. L'istituzione non vuole creare delle aspettative nei confronti dei dipendenti e nei confronti delle utenti che poi non possono essere rispettate. Secondo lui, però, sarebbe opportuno che questi corsi fossero frequentati costantemente da tutto il personale medico. Da quanto risulta alla casa farmaceutica l'unico problema che rende il metodo inefficace è legato ad un errato inserimento del tubicino nel braccio delle donne. Mi dice che per esempio alcuni medici incidono la pelle per inserire il tubicino e questo è completamente sbagliato perché si tratta di un dispositivo sottocutaneo e se viene operata un'incisione le probabilità che si sposti e che diventi inefficace sono altissime. Alcuni medici proprio "non ci arrivano" o che, molto più probabilmente, non lo vogliono fare bene. Fare l'incisione è più veloce, mentre per inserirlo correttamente bisogna fare un po' di attenzione. Mi parla per esempio del medico responsabile del servizio di pianificazione familiare del Materno: "Quello è scemo, non si può, con lui non si può. Glielo puoi spiegare mille volte ma continua a fare le incisioni. Non c'è verso. E, secondo me, non è che non capisca è proprio che non lo vuole fare bene". Ora, non so quanto siano attendibili queste informazioni, provengono sicuramente da una persona che ha molti interessi in questo campo, ma, mentre mi parla del medico, penso che effettivamente tutte le volte che ho parlato con lui si è sempre mostrato abbastanza contrariato dall'utilizzo di questo tipo contraccettivo che secondo lui seppur "di moda" non è appropriato per le caratteristiche delle pazienti. Quello che è interessante non è tanto se effettivamente questa informazione sia vera o falsa quanto piuttosto riflettere su come una visione personale su una determinata questione medica possa incidere sulla gestione del servizio, della pratica clinica e, di conseguenza, sulle traiettorie di vita dei pazienti.

Sebbene l'impianto sia un contraccettivo ormonale, la sua accettazione da parte delle pazienti è superiore a tutti gli altri contraccettivi ormonali: pillola, iniezioni e cerotto. I dubbi sui possibili effetti dell'uso prolungato degli ormoni sono ampiamente condivisi nel senso comune. Una volta la stessa ginecologa responsabile del servizio di pianificazione familiare, una donna ormai di età avanzata e vicina alla pensione, quindi probabilmente un po' conservatrice nei confronti di alcuni argomenti, mi racconta di un caso di una paziente che si rifiutava di utilizzare la pillola o le iniezioni perché secondo lei, l'assunzione di ormoni avrebbe potuto interferire con una possibile gravidanza successiva. Il tipo di interferenza a cui faceva riferimento la paziente era abbastanza "inusuale". Nella sua teoria gli ormoni, assunti dalla madre prima della gravidanza, avrebbero potuto avere effetti negativi sul feto, incidendo sul suo orientamento sessuale. Secondo lei, quindi, gli ormoni potevano essere la causa di un

possibile figlio gay o di una figlia lesbica. La ginecologa, ridendo ma esprimendo in ogni caso un dubbio, mi dice che, non sapendo se effettivamente questa cosa poteva essere vera, secondo lei non ci sono studi scientifici che dimostrano il contrario, aveva consigliato alla paziente, per eliminare qualsiasi dubbio e non avere nessun timore, di utilizzare un DIU.

Gli ormoni sono pensati come sostanze che entrano nel corpo e si muovono nel sangue, se assunti per un lungo periodo di tempo, secondo molte pazienti, possono incidere sulla fertilità ostacolando le possibilità di restare incinte quando si smette di assumerli. Gli ormoni fanno gonfiare e fanno ingrassare, secondo le donne. Effettivamente molte delle donne che utilizzano contraccettivi ormonali hanno sempre il collo e le gambe molto gonfi. All'inizio non avevo notato questa corrispondenza che invece, mi è stata presentata da Sandra – la ginecologa proprietaria e responsabile della clinica Pro Choice. Sandra sostiene che il livello di ormoni presente all'interno dei contraccettivi forniti dalle istituzioni statali è eccessivo, per questo motivo molte donne soffrono di problemi di gonfiore. Il corpo non riesce a gestire in maniera opportuna la carica ormonale a cui viene sottoposto. Questa circostanza è amplificata dal fatto che, spesso, quando si tratta di contraccettivi ormonali l'assunzione può non essere continuativa proprio a causa della modalità di gestione di questa tipologia di contraccettivi e della loro accessibilità per le donne. Ciò implica che il corpo è costretto ad abituarsi e disabituarsi a continui cambiamenti ormonali repentini.

Uno dei principali problemi posti dall'utilizzo dei contraccettivi ormonali è legato alla loro somministrazione e alla possibilità di accedere al loro utilizzo, come ho già detto nel capitolo precedente. Molte donne mi hanno parlato di grandi difficoltà nell'assunzione della pillola, non è sempre disponibile nel centro di salute ed in quei casi non la possono comprare per mancanza di risorse economiche, comporta sempre un certo grado di impegno, spesso infatti dimenticano di assumerla, la prendono in orari diversi del giorno e non seguono l'assunzione di contraccettivo con regolarità. È anche per quest'ultimo motivo che, quando si trovano a scegliere, preferiscono le iniezioni alla pillola.

Sono le donne più giovani, soprattutto le adolescenti che iniziano ad avere una vita sessuale attiva, che optano per la pillola. Spesso, però, si ritrovano a non essere in grado di gestirla in maniera opportuna, non sanno bene come e quando prenderla. Sebbene la pillola sia il primo contraccettivo che la maggior parte delle donne sperimenta, la sua assunzione non avviene correttamente o a seguito di una prescrizione medica. Tutte le pillole contraccettive, anche quella d'emergenza, possono essere acquistate nelle farmacie senza bisogno di una ricetta medica. Ciò ha portato ad un altissimo utilizzo della pillola d'emergenza che, in molti casi,

dalle ragazze adolescenti, viene utilizzata come un vero e proprio metodo contraccettivo e assunta in maniera più o meno continuativa, ogni volta che si hanno relazioni sessuali.

Negli ospedali che ho frequentato, molto spesso ho incontrato ragazze di 15 o 16 anni che avevano appena partorito e mi dicevano di essere convinte di non poter rimanere incinte proprio perché stavano utilizzando la pillola ma avevano sbagliato a prenderla. Ogni volta che ho provato a chiedere maggiori informazioni sul modo e sui tempi dell'assunzione del contraccettivo mi sono resa conto che non avevano la consapevolezza del suo funzionamento e di conseguenza di come dovessero assumerla. Inoltre in molti casi, le informazioni che conoscono hanno come principale fonte internet o amiche della loro stessa età. Nel tentativo di capire e di accumulare più informazioni possibili, spesso fanno molta confusione anche tra un metodo e l'altro.

Sulle abitudini delle donne in relazioni alla pillola influisce anche la scelta istituzionale di non fornire contraccettivi ormonali subito dopo il parto (strategia APEO). A questa situazione si potrebbe ovviare con l'utilizzo di contraccettivi ormonali a base di progestinico. Il progesterone non incide sull'allattamento ed esiste sul mercato una pillola che proprio per questa sua composizione ormonale viene definita, a livello medico, "minipillola". La Cerazette, è questo il nome commerciale, non è presente all'interno del quadro basico (*paquete basico*) di contraccettivi forniti gratuitamente con il programma di pianificazione familiare. Le donne dovrebbero comprarla privatamente in farmacia. La Cerazette è stata però approvata dall'OMS già da molti anni, e negli ultimi tempi, la casa farmaceutica che la produce (la stessa che produce l'impianto sottocutaneo che funziona con la stessa tipologia di ormoni) si sta impegnando affinché anche le istituzioni sanitarie statali la inseriscano all'interno del "*paquete basico*" del programma, secondo quanto mi riferisce il rappresentante farmaceutico.

6.4 La tecnologia migliore: la *ligadura*

La sterilizzazione, o occlusione tubarica bilaterale, è un intervento chirurgico attraverso il quale si procede alla chiusura di entrambe le tube, sempre effettuato in anestesia generale. Secondo la norma di pianificazione familiare, può essere applicata come metodo contraccettivo a tutte le donne, a prescindere dall'età, che abbiano almeno due figli. La donna,

prima di essere sottoposta a quest'intervento, così come per tutti gli altri metodi contraccettivi, deve firmare il consenso informato.

Oltre al numero dei figli, un elemento centrale in base al quale si opta per questa strategia contraccettiva è la tipologia di parto a cui è sottoposta ogni paziente. I medici consigliano questa tecnologia a tutte le donne che abbiano subito almeno due cesarei. I rischi di complicazioni per la salute della donna e per quella del feto aumentano, infatti, quando la donna ha già subito due tagli cesarei. A prescindere dall'età, la maggior parte delle donne che ho incontrato e che sono state sottoposte a tre cesarei sono, oggi, sterilizzate. All'interno della gestione clinica della contraccezione, esiste quindi una forte correlazione tra la tipologia del parto ed il metodo contraccettivo che viene consigliato. La decisione di sottoporsi a questo intervento è sempre della paziente ma le logiche mediche incidono fortemente su di essa.

Nello stesso giorno incontro due donne, sono vicine di letto ed hanno appena partorito. La prima ha 36 anni, ha sei figli ed ha partorito sempre con parto naturale, non ha mai utilizzato nessun metodo contraccettivo, tranne il coito interrotto. Ha richiesto di essere sterilizzata ma, come sempre succede in questi casi, non è stata sottoposta all'intervento. Questa paziente non è stata sterilizzata poiché ha partorito naturalmente, nonostante il numero dei figli, molto più alto rispetto alla media; l'età della donna (che viene generalmente considerata già avanzata per una gravidanza) e l'esplicita richiesta avanzata.

La sua vicina è una ragazza di 22 anni che ha partorito il suo secondo figlio con un parto cesareo. Lei, invece, è stata sterilizzata. Il primo figlio ha circa un anno e tre mesi. La donna, prima di restare incinta, stava utilizzando un DIU, rimosso dopo tre mesi dall'inserimento perché le aveva provocato una grave infezione. Come la maggior parte delle donne che ho conosciuto, anche lei ha pensato che, continuando ad allattare, non potesse rimanere incinta e non ha utilizzato nessun metodo contraccettivo. A causa della breve distanza di tempo intercorsa tra il secondo e il primo taglio cesareo, i medici le hanno fortemente consigliato la sterilizzazione: nel caso di un terzo parto cesareo, i rischi per la sua condizione di salute sarebbero potuti essere molti alti.

In questa circostanza, la relazione tra tipologia di parto e sterilizzazione è evidente. La prima paziente non è stata sottoposta all'intervento poiché oggi in nessun ospedale dello stato, gestito dalla *Secretaría de Salud*, vengono effettuate sterilizzazioni nei casi di parti naturali. Ad una donna che decida di essere sterilizzata e abbia partorito in maniera naturale, questa possibilità viene negata.

L'unica possibilità che può avere questa donna è durante la "campagna di sterilizzazione". Si tratta di una giornata in cui le istituzioni sanitarie provvedono a fornire il servizio, in maniera

gratuita, a tutte le pazienti che lo richiedono. Una giornata in cui le donne possono andare in ospedale ed essere sterilizzate “in serie”. Negli ultimi anni le strutture della *Secretaría de Salud* non stanno offrendo questa possibilità, mentre continuano a farlo le strutture ospedaliere gestite dall’IMSS e dall’ISSTE. Generalmente questi “eventi” vengono pubblicizzati sui quotidiani e sui vari mezzi di comunicazione locale, alla stregua delle campagne di sterilizzazione per cani e gatti. Con la differenza che quelle per le donne sono molto meno frequenti rispetto alle altre.

La gestione clinica quotidiana prevede che, a causa della saturazione dei servizi, non è possibile utilizzare le sale operatorie per interventi chirurgici secondari, come appunto la sterilizzazione. Non si tratta, infatti, di un intervento necessario per salvaguardare la salute della paziente. Anche in questo caso, la pianificazione familiare non è considerata come un servizio prioritario su cui investire nei termini di tempi, risorse, energie e personale. Le conseguenze di questa politica e di questa gestione istituzionale sono evidenti sui corpi delle donne e nei discorsi e negli atteggiamenti dei medici. In questa logica la possibilità di scelta della donna assume un ruolo secondario, è sempre dipendente dalle decisioni e dalle pratiche mediche. Tuttavia la sterilizzazione rappresenta la tecnologia contraccettiva maggiormente utilizzata e richiesta dalle donne, anche da quelle più giovani. Le ragioni di questo dato sono molteplici e non si esauriscono esclusivamente nel campo medico.

La sterilizzazione è un argomento controverso poiché questa pratica è, spesso, associata con l’abuso¹⁹⁴. Gli abusi legati alla sterilizzazione si verificano quando una persona viene sterilizzata senza saperlo o senza acconsentire o quando una persona viene definita adatta ad essere sterilizzata per motivi in rapporto con la razza/etnicità, il genere, e/o la classe (Lopez 2008). La sterilizzazione come abuso è una violazione dei diritti umani perché lo stato interferisce con i diritti fondamentali di ogni persona di decidere se, quando e come avere, dei figli (Hartmann 1995; Petchensky 1987; Roberts 1997).

Mentre è possibile sostenere che gli abusi legati alla sterilizzazione si verificano e, soprattutto, si sono verificati in passato, non è possibile sostenere che tutte le donne sterilizzate che ho incontrato sono vittime di un abuso. La maggior parte di loro non si sono mai poste, pensate né rappresentate come vittime. Le donne vogliono essere sterilizzate per una miriade di ragioni personali e lo fanno in relazione ad una particolare condizione sociale, culturale, economica e storica. Questo dato, che non vuole minimizzare gli abusi e i problemi legati alla sterilizzazione, mi permette di dare forma ad una diversa dimensione e analisi delle esperienze delle donne rispetto a questa tecnologia contraccettiva.

¹⁹⁴ Helen Rodriguez, Karen Stamm, Rosalind Petchensky, Esther Armstrong hanno giocato un ruolo fondamentale nel documentare e nel combattere per le vittime degli abusi della sterilizzazione.

Ciò che però vorrei mettere in evidenza è come le donne povere esercitino la propria agentività riproduttiva all'interno di parametri dell'oppressione sociale, culturale ed individuale e come esse negozino queste molteplici dimensioni della vita. È vero che sono donne "attive" perché decidono di essere sterilizzate ma è difficile sostenere che siano in grado di essere completamente libere dal punto di vista della riproduzione, quando prendono questa decisione. La libertà riproduttiva non è mai completa e assoluta. Non lo è per queste donne e, probabilmente, non lo è per nessuna donna. La "libertà riproduttiva di ogni individuo consiste nell'avere il diritto di decidere se, quando e come avere figli senza violenza o coercizione. Include anche avere le migliori condizioni sociali che permettono ad una famiglia di avere figli – per esempio, avere opzioni per il controllo delle nascite variabili, la qualità nella cura prenatale e dei neonati, e un sistema di supporto che permetta alle donne e agli uomini di crescere i figli in un ambiente il più possibile sano. La libertà riproduttiva ottimale è qualcosa di più: necessita che la società e gli individui abbiano raggiunto un livello di consapevolezza che promuove e permette relazioni di genere ugualitarie, una genitorialità responsabile ed un'intelligenza emozionale e sociale (Goleman 1995, 2007)" (Lopez 2008: XII).

La sterilizzazione, nel ventunesimo secolo, è diventata uno dei più popolari metodi di controllo della fertilità nel mondo (Hartmann 1995), secondo soltanto alla pillola. In generale in molti paesi, come il Messico, è stato utilizzato come il miglior metodo per il controllo della fertilità per quanto riguarda l'esplosione della popolazione nei paesi in via di sviluppo. In paesi come la Cina, il Brasile, l'India, la Colombia, la Bolivia ed il Messico, "controllo delle nascite" è diventato un eufemismo per parlare di sterilizzazione (Ehrlich 1968). Nonostante ciò la sterilizzazione è uno dei metodi contraccettivi meno conosciuto e meno studiato. Il suo utilizzo ed i suoi effetti sono stati a lungo minimizzati, e persino occultati, nei termini del controllo delle nascite.

Nel caso specifico del Messico non c'è mai stata una vera attenzione da parte degli studi di antropologia o degli studi femministi nei confronti di questa pratica, dei modi e delle logiche del suo utilizzo da parte delle istituzioni e degli elementi di scelta delle donne (Menendez 2009). In rari casi si è messo in relazione il legame tra la sterilizzazione e il controllo delle nascite e, ancora più sporadicamente, ci si è posti domande circa la relazione tra le condizioni di vita delle donne povere e socialmente oppresse, la subordinazione di genere, e il crescente utilizzo di questo metodo chirurgico per il controllo della fertilità, definendo con chiarezza l'occlusione delle tube come la principale forma di controllo della fertilità (Crosette 2002; De

Zordo 2012a, 2012b; Hartmann 1995; Lopez 2008; Menendez 2009; Ribeiro Corossacz 2004).

Bisogna compiere una distinzione tra il controllo delle nascite e il controllo della popolazione. Il primo si è sviluppato per incontrare i bisogni delle donne nello spaziamento dei figli e/o prevenire la gravidanza. Il secondo, invece, è disegnato per incontrare le richieste e le necessità dello stato, nella gestione della popolazione rispetto alle risorse disponibili.

Ogni metodo per il controllo delle nascite o tecnologia contraccettiva può essere usato come forma di controllo della popolazione. Ciò si verifica quando chi definisce programmi e politiche governamentali e/o altri agenti istituzionali individuano una specifica porzione di popolazione - donne e uomini - di cui amministrare i modi di utilizzo della contraccezione. Queste donne e questi uomini vengono inseriti all'interno del meccanismo di amministrazione e controllo istituzionale dei loro corpi. Attraverso l'uso dei contraccettivi (sterilizzazioni, iniezioni, pillole, impianti sottocutanei) essi "perdono" il controllo del proprio corpo (De Zordo 2012b; Hardon 2012; Hartmann 1995; Lopez 2008; Sargent e Kotobi 2012).

La sterilizzazione è una forma di controllo delle nascite. Pensare che questa pratica si posiziona all'estremo del continuum del controllo delle nascite mi sembra essere un elemento utile alla comprensione del fenomeno; all'altro estremo c'è l'interruzione volontaria della gravidanza.

All'inizio, in molti contesti geografici, è stata utilizzata come una forma di controllo della popolazione oggi è, invece, diventata una forma di controllo delle nascite: i medici, le donne e gli uomini la pensano e la utilizzano in questo modo. Per comprendere le esperienze delle donne che ho conosciuto e di cui scrivo in questo testo, mi sembra importante tenere sempre presente la distinzione tra la sterilizzazione, intesa come controllo della popolazione, e la sterilizzazione, intesa come controllo delle nascite. Un'altra distinzione importante da fare è quella tra il controllo della popolazione come politica governativa dello Stato e il controllo delle nascite come diritto riproduttivo e sessuale umano (soprattutto delle donne).

La popolarità della sterilizzazione oggi è sicuramente l'effetto di una determinata politica governativa, iniziata già negli anni '70, quando l'obiettivo del governo era incidere fortemente sulla riduzione delle nascite. Oggi, le spiegazioni di questa popolarità permettono di definire due modi diversi di rappresentare le donne sterilizzate: da una parte le donne possono essere rappresentate come liberi agenti che prendono le loro decisioni in maniera completamente volontaria; dall'altra, esattamente al contrario, le donne risulterebbero essere vittime del sistema politico-governativo del controllo della popolazione.

La prima scuola di pensiero sostiene che le donne decidono di scegliere un determinato metodo, optando soprattutto per la sterilizzazione, come un'evidenza della loro libertà riproduttiva perché deriva dalla libera volontà e dalle loro preferenze individuali e culturali per questa pratica. In questa prospettiva mi sembra che si oscurino le influenze della costrizione e dell'oppressione sociale, così come il ruolo storico del controllo della popolazione all'interno delle politiche sanitarie. Si delega tutta la responsabilità alle donne come individui, astraendole dal contesto storico e dalle condizioni materiali e sociali che portano alla promozione e alla preferenza della sterilizzazione, come per esempio: il sistema di cura, la povertà, il razzismo istituzionale di cui le donne sono vittime all'interno del sistema dei servizi assistenziali e più in generale.

L'argomentazione opposta, invece, pensa e costruisce tutte le donne sterilizzate come vittime. In questo senso la responsabilità della scelta viene tutta attribuita sia al sistema di *governance* della salute che investe le condizioni di vita delle donne sia ad un sistema sociale, essenzialmente maschilista e colonialista, in cui le donne sono vittime indifese e senza nessuna possibilità di esercitare nessun controllo sulla propria fertilità. In questa prospettiva tutte le esperienze risultano appiattite all'interno della stessa categoria di "vittima", senza nessuna distinzione. Le esperienze della fertilità parlano però di gradi variabili di controllo, di esercizio del potere o di subordinazione.

Soltanto una più complessa e articolata struttura di analisi permette di comprendere le esperienze di vita quotidiana delle donne.

Come mai queste donne, riconosciute come soggetti sociali essenzialmente come madri e mogli, possono mettere fine alla propria fertilità in maniera quasi meccanica? Come mai decidono di privarsi della capacità della procreazione quando questa sembra essere uno dei canali principali per il riconoscimento di un qualche potere e un capitale "sociale" utile alla negoziazione nelle relazioni di genere e di coppia? Perché la sterilizzazione, utilizzata in maniera coercitiva negli anni passati, oggi è diventata una pratica medica socialmente e culturalmente condivisa?

Qual è il grado di abuso e di coercizione o quello di autonomia e di libertà? Soprattutto, ha senso pensare questi elementi all'interno di una logica binaria oppositiva o sarebbe più appropriato ed utile alla comprensione di questo fenomeno, applicare una logica e un'analisi che guardi alla dialettica tra questi diversi elementi?

Per qualche tempo, anche io ho avuto una visione di queste donne che le considera come agenti completamente libere o vittime completamente schiacciate dal sistema. Una visione che semplificava. Ma, non tutte le donne erano state vittime e, soprattutto, in pochissimi casi

si pensavano come vittime. In nessun caso presentavano sentimenti ed esperienze di recriminazione nei confronti delle istituzioni mediche, in nessun caso dicevano di essere state obbligate. Il grado di pressione compiuto dalle istituzioni attraverso l'operato dei medici e delle assistenti sociali, o di qualsiasi altra figura professionale, può essere alto ed incidere fortemente sulle scelte. Ma queste non sono effettuate in condizioni di assoluta costrizione e/o coercizione anche nei casi più discutibili, come per esempio quello di una giovane donna di soli 20 anni.

Graciela è ricoverata perché ha partorito il suo secondo figlio, è stato il suo secondo cesareo. E un po' dolorante. Questa volta, le sembra di sentire più dolore e più fastidio rispetto al primo cesareo. Mi spiega che l'hanno sterilizzata. Anche lei mi dice quello che, prima di lei mi hanno detto, e dopo di lei mi diranno, tutte le donne sterilizzate dopo il cesareo. Quindi, tutte le donne sterilizzate che ho incontrato. Per le donne, il dolore di un post-cesareo a cui è seguita l'occlusione tubarica bilaterale (OTB) è maggiore rispetto ad un cesareo normale; per i medici è un dato che dovrebbe essere verificata. Da un punto di vista scientifico, non dovrebbero esserci relazioni tra l'OTB, il cesareo e una maggiore incidenza del dolore. Secondo loro questo fenomeno è principalmente legato all'autosuggestione delle pazienti e al senso comune, ampiamente condiviso, dalle donne.

Il primo figlio ha un anno e mezzo, è un maschio come il secondo. Mi dice che è stata sterilizzata ma che non voleva. Le chiedo di spiegarmi meglio che cosa significa quest'affermazione. Mi spiega che avrebbe tanto voluto avere una figlia femmina ma i medici hanno molto insistito per la sterilizzazione. Questo è il suo secondo cesareo, le due operazioni si sono verificate in un lasso di tempo molto breve, sono state troppo ravvicinate. I medici le hanno detto che il verificarsi di un terzo cesareo sarebbe potuto essere molto rischioso. Hanno detto che potrebbe correre molti rischi, utilizzato la formula "della strategia del terrore" di cui ho parlato nei paragrafi precedenti. Potrebbe correre i seguenti rischi: perdere il bambino, perdere l'utero, morire. Gabriela mi dice "mi hanno detto che potevo perdere l'utero"¹⁹⁵. Lei si è spaventata moltissimo al pensiero di poter correre questo rischio e quindi ha deciso di accettare di essere sterilizzata. Il compagno, non è sposata ma vivono in "unione libera", ancora non lo sa, ancora non gliel'ha detto perché non l'ha visto. Tra un po' dovrebbe passare a trovarla nell'orario delle visite. È un po' preoccupata per la reazione del compagno, mi racconta che ne avevano parlato insieme e avevano deciso che essere sterilizzata non era l'opzione migliore per controllare la loro fertilità. Entrambi avrebbero voluto una figlia femmina. Lei dice che si è già un po' pentita di questa decisione ma era troppo spaventata e

¹⁹⁵ "Me podian quitar la matriz" [24/07/12].

preoccupata e, forse, non ha riflettuto abbastanza su quello che stava facendo. In quel momento c'erano i dolori del parto e la preoccupazione che andasse tutto bene. Non era molto lucida. La gravidanza non era stata semplice e la preoccupazione per il parto era grande. I medici e quello che le hanno detto hanno influito molto nella sua decisione, mi dice. Però aggiunge: “è vero anche che sono in difficoltà. Il primo bambino non ha neanche un anno e mezzo e adesso quest'altro”¹⁹⁶. Lei non lavora perché deve occuparsi di loro e non ha finito di studiare perché con la nascita del primo figlio ha lasciato la scuola. Avrebbe dovuto aspettare un po' di tempo prima di avere un altro figlio, far crescere il primo, finire la scuola e magari iniziare a lavorare e, poi, avere un altro figlio. “La situazione economica non è facile”, lavora solo il compagno e con la crisi è tutto più difficile. Avere due bambini significa avere molte spese e loro non riescono. Mentre fa queste riflessioni, sta parlando a me ma, forse, soprattutto a se stessa, mi dice: “Da una parte essere sterilizzata è meglio, almeno adesso posso stare tranquilla e prendermi cura dei bambini. Ma, certo, sarebbe stato bello avere una figlia femmina, perché le femmine sono diverse dai maschi!”¹⁹⁷.

Esiste una sorta di “razionalità morale”, socialmente condivisa, secondo la quale le donne devono prendersi cura di se stesse per essere, poi, in grado di prendersi cura, nel migliore dei modi, dei figli, della famiglia in generale. I medici, come figure istituzionali che hanno potere sui corpi delle persone, si fanno portatori di questa razionalità morale poiché le donne non hanno la loro stessa consapevolezza dell'importanza e della necessità di prendersi cura di se stesse, in un determinato modo e secondo specifiche indicazioni. Le pazienti, dal canto loro, dimostrano di avere completa fiducia nei confronti della classe medica e raramente mettono in discussione il loro parere e le loro “indicazioni”.

Il modo in cui le donne reagiscono e gestiscono il senso di paura che scaturisce da determinate informazioni mediche è influenzato dal contesto e dalle esperienze personali, sociali e di classe. Generalmente tendono ad entrare nel panico e diventare accondiscendenti. Non resistono e non rispondono. Non mantengono la propria posizione e, spesso, non dicono quello che pensano. Non sanno come reagire a quello che viene detto loro dai medici, i medici sanno, loro no. In fin dei conti, le donne non sanno come valutare l'informazione che viene fornita dai medici, non hanno gli strumenti per farlo. Il sapere è il potere e le donne non sono detentrici dello stesso potere dei medici. In questo senso credo sia opportuno parlare di una condizione di “paternalismo medico” nei confronti di queste pazienti. L'unica cosa che esse

¹⁹⁶ “La verdad es que es difícil. El primero todavía no tiene un año y medio y ahora hay el otro, ya.” [24/07/12].

¹⁹⁷ “Por una parte estar ligada es mejor, ahora me puedo quedar tranquila y cuidar a los niños que tengo” [24/0712].

possono fare è fidarsi e seguire quello che i medici consigliano, seppur dubbiose e non completamente convinte.

Due domande mi sono posta dopo aver conosciuto la storia di Gabriela. Mi sono chiesta che senso ha, a 20 anni, preferire la sterilizzazione all'ipotetica perdita dell'utero? Si pentirà tutta la vita?

Una volta sterilizzata, l'utero perde comunque la sua funzione di organo della procreazione, si perde il potere della procreazione, lo stesso che viene perso con la perdita dell'utero. Mi sembrava che fosse una contraddizione ma poi ho pensato che potevano esserci diverse spiegazioni. L'utero, a livello locale, è un organo importante, rappresenta simbolicamente la capacità procreativa della donna, in qualche modo, la sua l'identità. Essere senza utero potrebbe significare, a livello simbolico, essere priva del nucleo dell'identità femminile¹⁹⁸. Una seconda ipotesi è che l'asportazione di un organo, qualsiasi esso sia, implichi comunque un pensiero spaventoso in cui i rischi medici non sono da sottovalutare. La terza ipotesi è che nel momento della decisione Gabriela, impaurita e non lucida, non abbia neanche minimamente pensato a quanto, da un punto di vista pratico, sterilizzazione e asportazione dell'utero significassero la stessa cosa: non avere più la possibilità di fare figli. Non so dire se tutte e tre queste ipotesi possano essere valide o piuttosto nessuna, forse è nel loro intreccio che si definisce la spiegazione a quella che inizialmente mi sembrava una contraddizione.

L'altra domanda che mi sono posta riguarda quale potesse essere il grado di pentimento e quanto questo potesse incidere sulla sua vita. Dalle parole di Gabriela, emerge come il pentimento o il rimorso o il ripensamento rispetto alla scelta della sterilizzazione siano una zona grigia della vita delle donne. Questi sentimenti cambiano con il tempo, non restano sempre uguali, perché si negoziano con il proprio senso di sé. In questo senso, credo che ci si abitui ad essere madre ma ci si abitui anche a non esserlo più (così come a non esserlo mai).

Nella sua riflessione Gabriela pensa alla tranquillità di non doversi più preoccupare del controllo della propria fertilità: il suo investimento emotivo e materiale sarà tutto indirizzato nei confronti dei due figli e non ci saranno rischi di ulteriori gravidanze non pianificate, come le due che ha sperimentato. La sterilizzazione è definitiva, sicura e non provoca effetti collaterali: non incide sulle condizioni di salute e sulla vita sessuale. Sono proprio queste

¹⁹⁸ Forse tutto questo è ancora legato ad una cosmologia o ad un orizzonte di senso del proprio corpo che è fatto di organi interni che sono fondamentali per mantenere l'equilibrio della persona. Un organo che si muove, che si gonfia che può spostarsi, un organo caldo e freddo e tutto questo incide sul benessere complessivo della persona. Queste considerazioni che rientrano all'interno di un orizzonte di senso tradizionale continuano ad avere un valore nella vita delle persone ma sono sottovalutate dalla classe medica e, spesso, la loro esistenza come elementi che definiscono lo stato di salute di una paziente viene negato.

caratteristiche a fare della sterilizzazione la migliore opzione contraccettiva per la maggior parte delle donne che l'hanno scelta. Allo stesso tempo, essa, nella logica della gestione delle risorse, risulta essere la migliore opzione anche dal punto di vista dei medici. In alcuni casi, però, anche la medicina può sbagliare e anche l'efficacia di questo metodo, considerato da tutti infallibile, viene meno. È la storia di Rosa e Ivan.

Un giorno nello studio di Elide conosco Ivan vuole avere informazioni sulla moglie, ricoverata da tre giorni. È incinta e deve essere sottoposta ad un cesareo ma lui non sa quando, né quali sono le sue condizioni di salute. Dal giorno prima non è riuscito a parlare con nessun medico, è preoccupato e in apprensione. Inoltre, deve sistemare diverse questioni burocratiche con Martha: deve capire come fare con il *Seguro Popular*, che documenti servono per fare in modo che non ci sia nessun problema economico e nessuna spesa da sostenere, quando dimetteranno la moglie. Ma, la questione che gli sta più a cuore è un'altra: deve capire come fare per essere certo che la moglie, durante l'intervento, non venga sottoposta a nessuna trasfusione. Sono testimoni di Geova, nessuno di loro accetta le trasfusioni di sangue.

Martha prova a dirgli che, se durante il cesareo, ci saranno complicazioni e i medici non possono procedere con le trasfusioni, la condizioni di salute della signora si potrebbero aggravare e potrebbe essere molto rischioso. Cerca di farlo riflettere ma lui è inamovibile. Lui dice che non possono fare trasfusioni alla moglie, proprio non si può. Sono già stati molto fortunati e questo figlio che sta nascendo è un segno di Dio: devono essere riconoscenti e rispettare le regole della comunità. Allora Martha gli fa firmare una serie di documenti ma gli dice anche che probabilmente li ha già firmati sua moglie, giù in sala parto.

Ivan ha 56 anni, sua moglie è molto più giovane di lui, ne ha 32. È accompagnato dal figlio maggiore di lui, nato da un suo matrimonio precedente, che lo ha accompagnato quando hanno portato la donna in ospedale. Il figlio più piccolo, nato dalla relazione con l'attuale moglie, è rimasto a casa. Vengono da Halacho, un paese che dista circa tre ore da Mérida. Da tre giorni sono fermi a Mérida, dormono in macchina e utilizzano i pochi soldi che hanno per mangiare. Non hanno soldi e non si possono permettere altro. Andare avanti e indietro ogni giorno sarebbe troppo costoso per le spese della benzina (il cui costo in Messico è una sciocchezza confrontato con il prezzo del carburante in Italia), pagare un posto dove dormire anche.

Allora Martha gli indica l'indirizzo di una struttura che si trova vicino l'ospedale, è un posto che accoglie i familiari dei pazienti dell'ospedale e offre da dormire, da mangiare e la possibilità di lavarsi, quando non hanno le risorse economiche per trovare un altro tipo di

soluzione. Ivan è molto contento di sapere che esiste questa possibilità e la ringrazia mille volte. Ha già l'aria un po' meno angustata. E allora, a quel punto, dopo che ha risolto il problema delle trasfusioni e forse ha, anche, trovato un modo per dormire a Mérida, ci racconta che lui è molto contento di quel figlio che deve nascere ma che è anche molto preoccupato.

Sua moglie era stata sterilizzata, circa 10 anni prima, e nessuno dei due si sarebbe mai aspettato che potesse rimanere incinta di nuovo. Invece è successo. La moglie, che si chiama Rosa, aveva iniziato a prendere peso, spesso non si sentiva bene, era sempre stanca e più passava il tempo più le sue condizioni fisiche peggioravano. La signora sapeva che c'era qualcosa che non andava, non aveva più le mestruazioni e la pancia continuava a gonfiarsi. Lui le aveva detto di aver il dubbio che potesse essere incinta ma la moglie, proprio perché convinta di non poter più avere figli, non aveva preso in considerazione questa sua idea.

Allora erano andati da una delle *parteras* (levatrice) della comunità, sebbene lui continuasse ad insistere perché la moglie si recasse da un ginecologo. La *partera* aveva detto che, secondo lei, non era incinta e che le avrebbe dato un infuso per fare in modo che le tornassero le mestruazioni. L'espressione che utilizza è “*una infusion para que le bajara la regla*”¹⁹⁹. La tipica espressione che si utilizza quando una donna è incinta e vuole mettere fine alla gravidanza. Abortire o interrompere la gravidanza sono espressioni che raramente si utilizzano per riferirsi a questo tipo di pratiche, sono troppo dirette e, già soltanto a sentirle, le persone reagiscono con rigidità. Quando invece si parla di “*hacer bajar la regla*”, il regime del discorso cambia e si può parlare di questa possibilità ed eventualità.

Ritorno al racconto di Ivan. Ci dice che, continuando ad avere il dubbio di una gravidanza, aveva vietato alla moglie di seguire la terapia della *partera*. “Mai, mai avrei fatto qualcosa del genere, è un peccato mortale [l'aborto]! È un peccato mortale e non va bene. Non va bene, io mi devo prendere cura di mia moglie. È una vita [il feto] che colpa ha? No, no, io devo prendermi cura di mia moglie. E allora le dico: andiamo alla clinica, andiamo da un medico e facciamo un'ecografia. Era incinta di 4 mesi!”²⁰⁰.

Il giorno successivo conosco anche Rosa, ha partorito un maschio ed è ricoverata in reparto. È stato un parto cesareo e ha chiesto di essere sterilizzata di nuovo. È molto debilitata ma è felice di questo bambino. Mi racconta che la prima volta era stata sterilizzata perché non voleva avere più figli, lei è molto più giovane del marito, aveva circa 20 anni e due figli

¹⁹⁹ “Un'infusione per fare in modo che arrivi la mestruazione” [27/06/12].

²⁰⁰ “Jamás, jamás, hubiera hecho algo así, es un pecado mortal! Es un pecado mortal que no esta bien. No esta bien, yo tengo que cuidar a mi esposa. Es una vida que culpa tiene. No, no, tengo que cuidar a mi esposa. Y entonces le digo: “vamos a ver al medico, vamos a la clinica y hacemos un ultrasonido”. Estaba embarazada del 4 mese” [27/06/12].

andavano bene. Il bambino però, dopo sei mesi era morto. Aveva avuto un'infezione polmonare, nel giro di pochi si era aggravato e quando avevano deciso di portarlo a Mérida in ospedale era già troppo tardi. “È morto in braccio al medico”²⁰¹, mi dice.

I casi in cui la sterilizzazione non è efficace sono davvero eccezionali, in questo caso, seguendo la logica di Ivan, è stato un po' un miracolo, soprattutto se consideriamo la morte del bambino. Per Rosa, la sterilizzazione continua ad essere l'opzione contraccettiva più sicura, pur avendone sperimentato l'inefficacia sulla propria pelle. Nel caso specifico, credo che la scelta della donna fosse legata anche a questioni religiose. Generalmente la sterilizzazione, infatti, rappresenta la tecnologia contraccettiva nei confronti della quale le diversi religioni sembrano essere più “permissive”.

Il Messico si definisce come un paese fortemente cattolico e questo è vero. Ma, durante gli anni di campo, mi sono resa conto quanto il peso ed il potere della Chiesa Cattolica abbiano un valore molto più politico che di presa sulla vita quotidiana delle persone. Le persone generalmente ricevono un'educazione cattolica ma, in molti casi, si definiscono cattolici per abitudine e non per un reale senso di partecipazione alla vita religiosa. La maggior parte delle persone non ritiene che i precetti della chiesa cattolica possano entrare in contraddizione con l'utilizzo della sterilizzazione e, spesso, anche degli altri metodi. È vero anche che, nel caso della Chiesa Cattolica Messicana, non c'è mai stata un'aperta opposizione all'utilizzo della sterilizzazione e ovviamente i contraccettivi artificiali non devono essere utilizzati dai credenti. Sebbene ci sia un'opposizione totale nei confronti della contraccezione, la sterilizzazione è considerata come la forma meno “peccaminosa” per controllare la propria fertilità, poiché viene effettuata prima della concezione e, in qualche modo, comporta aver già assolto al proprio compito di donne-madri. È un peccato che può essere assolto più facilmente rispetto agli altri. Con il tempo queste idee sono state fatte proprie dalle donne e in questo modo esse hanno ricevuto anche il sostegno della chiesa, oltre che della medicina.

Il discorso cambia quando si parla di altre professioni religiose tra cui i Testimoni di Geova e le varie Chiese Evangeliche. Le Chiese Evangeliche hanno conosciuto negli ultimi anni in Yucatán, così come in tutto il Messico, una grandissima espansione. Le diverse comunità di credenti sono sempre più numerose e presenti in quasi tutti i centri dello Stato, anche quelli più piccoli. Il “Tempio”, come lo chiamano i fedeli, incide sulle traiettorie di vita e definisce la quotidianità delle persone che lo frequentano molto più di quanto possa fare, in molti casi, la religione cattolica. Nel caso di queste professioni di fede, rispetto alla contraccezione, ritengo che ci sia una sorta di risignificazione dell'etica e della morale religiosa nel senso

²⁰¹ “Se murio en los brazos del medico” [27/06/12].

della responsabilità e della cura di sé. Sebbene ci sia il divieto dell'utilizzo della contraccezione artificiale, da un punto di vista della dottrina, questo discorso, nelle vite delle persone, interseca quello della responsabilità personale che viene interpretato dai credenti come la necessità di essere consapevoli e responsabili delle proprie azioni, nel campo della sessualità e della riproduzione. La contraccezione diventa quindi una tecnologia volta a controllare le nascite per garantire un futuro migliore ai figli. Questa responsabilità è prioritaria rispetto all'importanza di rispettare il divieto di utilizzo di contraccettivi artificiali. Ecco, allora, che la sterilizzazione diventa il metodo contraccettivo "migliore" anche per la religione.

Le donne, i medici e le diverse figure professionali della salute sono portatori dello stesso discorso e delle stesse rappresentazioni relative la sterilizzazione: l'unico metodo valido, infallibile, comodo e definitivo. Una tecnologia contraccettiva su cui si può fare affidamento e che permette di non dover più preoccuparsi della gestione della fertilità: la propria per le donne, quella delle pazienti per il settore istituzionale. Questo discorso risponde alle logiche del controllo demografico, in cui avere meno figli implica garantire loro un futuro migliore ed una migliore gestione delle risorse per la società. Oggi l'ideale per ogni donna è avere due figli, al massimo tre, di cui almeno un maschio ed una femmina.

Attorno alla sterilizzazione si è verificato un altro processo di appropriazione e risignificazione di un diverso ordine di discorso: quello più "propriamente femminista" inerente al diritto delle donne al controllo del proprio corpo e alla propria autodeterminazione, a scegliere da sé e per se stesse come meglio gestire il proprio corpo, la propria sessualità e la propria riproduzione. La sterilizzazione rappresenta la strategia vincente per scegliere "davvero" di non avere figli, per decidere "davvero" come gestire la propria vita.

Un giorno mentre seguo Clara (l'assistente sociale del Materno) nel suo giro quotidiano per le stanze delle pazienti si verifica una strana situazione. Nella stanza sono ricoverate tre signore, due sono state sterilizzate e due no. Con quelle sterilizzate ovviamente non c'è molto di cui parlare, ormai la decisione è stata presa. Clara inizia, con la sua solita loquacità, a presentare i metodi contraccettivi alle donne e poi chiede alle pazienti cosa ne pensano e come pensano di provvedere a "*cuidarse*". Le pazienti sterilizzate allora dicono che, ormai, a loro questi discorsi non interessano più, hanno già risolto. Clara si complimenta con la scelta, sono donne che sanno come prendersi cura di se stesse, come "*cuidarse*".

Nella stanza, sono ricoverate altre due pazienti: una ha 17 anni ed è stato il suo primo parto, immagino già che sarà soggetta ad un gran lavaggio di testa affinché decida di utilizzare un

DIU; l'altra signora ha 25 anni ed è stata sottoposta al suo secondo cesareo. I medici le hanno consigliato la sterilizzazione ma lei non ha accettato. Clara inizia a parlare con questa seconda paziente. Le chiede perché non abbia optato per la sterilizzazione, è il metodo più consigliato nel suo caso, un terzo cesareo potrebbe essere rischioso. La signora dice che il marito non era d'accordo con questa opzione. Racconta che suo marito le ha detto chiaramente: "Io questa responsabilità non me la prendo, decidi tu quello che vuoi fare. Se ti vuoi far sterilizzare, fatti sterilizzare. Però io la firma per questa cosa non la metto. Perché dopo, se cambi idee in qualsiasi momento e ti penti di questa decisione, non mi potrai dire che è stata colpa mia e che la responsabilità è stata mia"²⁰².

Questa affermazione scatena la reazione di Clara e, in parte, delle compagne di stanza della paziente. Sono tutte dello stesso avviso: non deve essere il marito a decidere, perché i figli poi li deve accudire la madre, la responsabilità è tutta la sua, un'altra gravidanza la deve sopportare lei, con il suo corpo, non il marito.

Gli uomini non si rendono conto perché tanto a loro non interessa, non sono loro che restano incinti, non sono loro che devono soffrire "*el desgaste*"²⁰³ che ogni gravidanza comporta, non sono loro che tutti giorni gestiscono i figli, dalla mattina alla sera, soprattutto nei primi anni di vita.

Insomma, questa signora diventa, nei discorsi delle altre donne presenti nella stanza, colei che non è in grado di decidere da sola sulla propria vita, non ha sufficiente consapevolezza di se stessa e non è in grado di imporre le proprie decisioni, in maniera autonoma, al marito. A quel punto, la signora un po' infastidita, risponde che è vero che il marito non era d'accordo ma, è vero anche che lei aveva pensato all'ipotesi di farsi sterilizzare, decidendo che non le sembrava una scelta opportuna. Dice: "Io sono ancora giovane, ho avuto due figli, ma non lo so che cosa può succedere nella mia vita. Se mi lascio con mio marito e incontro un altro uomo e voglio avere dei figli con lui, che cosa succede? Se avessi deciso di farmi sterilizzare io non avrei mai più potuto avere figli e sono ancora troppo giovane per prendere una decisione simile"²⁰⁴. E aggiunge "Il tempo poi deciderà che cosa voglio fare ma, per adesso, secondo me non è giusto essere sterilizzata!"²⁰⁵.

²⁰² "No me quiero tomar esta responsabilidad, tu decides. Si quieres ser ligada, hazlo, pero yo no quiero tener ninguna responsabilidad y no voy a firmar nada. Porque, luego, si te arrepientes en cualquier momento no me vas a decir que ha sido responsabilidad y culpa mia que te han ligado" [20/04/13].

²⁰³ "Il logorio", indica il processo di logoramento generale, fisico, emotivo, economico che implica ogni gravidanza, per il corpo e per la vita della donna.

²⁰⁴ "Estoy joven todavia, he tenido dos hijos y no se que podria pasar en mi vida. Si termino con mi esposo y luego encuentro a otro y quiero tener hijos con el, que va a pasar? Si hubiera decidido de ligarme no hubiera podido tener mas hijos y estoy joven para poder tomar una decision asi" [20/04/13].

²⁰⁵ "El tiempo tendrá la decision, ahorita para mi no esta bien ligarme" [20/04/13].

Clara allora continua a mantenere il punto, il suo obiettivo adesso non è più questa paziente che sembra fin troppo consapevole della scelta, ma quella più giovane. Deve creare un senso di consapevolezza in questa giovane donna, farle sentire il peso della sua responsabilità nella decisione di avere o non avere figli e di quando e come averli. Clara sostiene che le ragioni della donna sono valide ma che esistono anche le condizioni di vita che devono essere prese in considerazioni. Questa signora, per esempio, non lavora e il marito è un muratore che possibilità possono garantire ai propri figli se continuano ad averne? Più figli avranno meno possibilità materiali ci saranno per ognuno di loro. La donna oltre a pensare alla gestione del proprio corpo, al proprio benessere, a mettersi nelle condizioni di essere soggetta a rischi per la propria salute deve pensare anche al futuro dei figli, deve pensare alla strategia migliore per garantire ai nuovi nati le migliori possibilità di vita, anche nei casi in cui le risorse a disposizione sono limitate. Dalla cura di se stesse si sposta l'attenzione sulla cura dei figli: la responsabilità, nel discorso di Clara, ricade sempre sulle spalle delle donne.

Quando la donna non è in grado di scegliere da sola e/o non opta per quella che viene considerata la “migliore” decisione all'interno dell'ambito istituzionale, diventa irresponsabile. Un soggetto che non è in grado di gestire in maniera autonoma il proprio corpo e, soprattutto, non è in grado di gestire e pensare al futuro e alla cura dei figli. Queste donne sembrano non avere la consapevolezza della progettualità futura e dell'investimento, emotivo e materiale, necessario ad una appropriata crescita e cura della progenie. Sono irresponsabili e inconsapevoli, spesso ignoranti, sia come donne che come madri.

6.5 Gli uomini e la contraccezione: vasectomia e coito interrotto

Come ho cercato di mettere in evidenza, la sterilizzazione rappresenta la tecnologia contraccettiva maggiormente utilizzata per la gestione della fertilità di una determinata porzione della popolazione. Nel suo essere un metodo permanente, la sterilizzazione garantisce un maggior grado di efficacia rispetto a tutte le altre tecnologie contraccettive. A questo punto, mi pongo una domanda: perché la scelta, la responsabilità e le conseguenze della contraccezione ricadono sempre sui corpi e sul ruolo delle donne anche quando, come in questo caso, esiste una tecnologia contraccettiva speculare che potrebbe essere utilizzate dall'uomo? Mi riferisco alla vasectomia. Nonostante negli ultimi anni sia aumentata, la richiesta della vasectomia da parte degli uomini è bassissima. Soltanto un 5% di tutta la

popolazione maschile decide di sottoporsi a questo intervento in Messico. In Yucatán parliamo del 3.2% di tutta la popolazione maschile.

La vasectomia è un intervento di microchirurgia attraverso cui si opera la resezione, dopo la legatura, dei dotti deferenti dell'uomo. I dotti deferenti dell'uomo sono dei condotti (tubicini) dove si accumula lo sperma e permettono il passaggio di quest'ultimo dai testicoli verso l'esterno. Questo tipo di intervento non inibisce o modifica, a nessun livello, le possibilità erettive del pene, il raggiungimento dell'orgasmo o l'eiaculazione e non ha nessun effetto sulla libido sessuale. Presenta rischi chirurgici estremamente inferiori rispetto alla chiusura delle tube ed un decorso post-operatorio meno invalidante. Anche la vasectomia, come tutti gli altri metodi contraccettivi femminili, è accessibile in maniera gratuita per tutti gli uomini che la richiedono.

La vasectomia viene effettuata, esclusivamente, presso il centro di salute di Mérida²⁰⁶, un giorno a settimana, il venerdì. Come mi spiega il medico responsabile di questo servizio, è stato scelto il venerdì per lasciare ai pazienti il tempo del recupero post-operatorio durante il fine settimana. In questo l'intervento non incide, eccessivamente, sulla loro quotidianità: gli uomini possono sottoporsi all'intervento ma sono obbligati a richiedere giorni di malattia o a perdere giornate lavorative oltre a quella necessaria per sottoporsi all'intervento.

Ogni venerdì vengono operati, in media, 4/5 persone. Non ci sono molti pazienti che richiedono questo intervento e, inoltre, la struttura non ha materiale sufficiente per poter assistere un numero maggiore di uomini. Da un punto di vista teorico, in una giornata lavorativa potrebbero essere effettuate dalle 10 alle 15 vasectomie. Si tratta, infatti, di un'operazione molto rapida, può durare al massimo mezz'ora, non è invasiva e non è dolorosa. Al massimo fastidiosa.

Prima dell'intervento, ai pazienti viene richiesto di sottoporsi ad una visita andrologica e a tutti gli esami necessari. Una volta sterilizzati, l'unica accortezza che gli uomini devono avere riguarda i rapporti sessuali successivi all'operazione. Durante ogni rapporto sessuale, nei mesi successivi all'operazione, si consiglia di utilizzare sempre un preservativo. I dotti eiaculatori hanno bisogno di un periodo di assestamento prima di impedire completamente il passaggio dello sperma. Di norma si richiede una visita di controllo, dopo trenta rapporti sessuali, per verificare la quantità di spermatozoi presenti nello sperma. In questo caso, i pazienti devono portare un campione di sperma che deve essere analizzato.

Il medico, responsabile di fornire questo servizio, mi dice che molti pazienti non seguono questa prassi e sono pochissimi quelli che si sottopongono al controllo. Ciò implica che, come

²⁰⁶ Si trova a fianco dell'Ospedale Materno Infantile di Mérida, è il centro di salute più grande di tutto lo stato e fornisce servizi ambulatoriali per ogni tipo di specializzazione medica.

istituzione, non riescono ad avere una visione chiara relativa al decorso dell'operazione. Secondo il punto di vista del medico, la resistenza alla visita di controllo può essere imputata al senso di vergogna che l'uomo può sperimentare dovendo portare un campione del proprio sperma. Secondo lui, anche gli uomini che si sottopongono alla vasectomia e che, quindi, hanno una visione delle relazioni di genere forse meno "machista" della media della popolazione, provano comunque un certo grado di disagio quando devono entrare in relazione con qualsiasi questione medica legata alla propria sessualità.

Mi spiega che sarebbe opportuno seguire il decorso dell'operazione e verificarne l'efficacia e l'effettiva riuscita. Anche questo metodo, pur essendo altamente sicuro, può essere fallimentare. In questi casi, infatti, l'unico modo per accorgersi dell'inefficacia del metodo coincide con il verificarsi di una gravidanza. Le possibili cause dell'inefficacia sono principalmente due: l'insorgere di una possibile infezione che, provocando un afflosciamento dei nodi effettuati con la laparoscopia ed il conseguente ricongiungimento dei dotti, rende possibile il passaggio degli spermatozoi; una cattiva gestione della fase post-operatoria, ovvero il non utilizzo di altri metodi contraccettivi, prima che si sia verificato l'assestamento dei dotti.

Dal punto di vista medico, la vasectomia è un'operazione che non ha nessun tipo di conseguenza sulla vita sessuale, sul desiderio, sulle capacità di erezione dell'uomo o sugli impulsi sessuali. Non incide in nessun modo sul piacere, sul desiderio o sulle funzioni sessuali. Tuttavia, questi sono i principali timori che gli uomini affermano di avere quando pensano alla possibilità di sottoporsi all'intervento, almeno coloro che ho conosciuto durante la mia ricerca²⁰⁷.

L'idea, abbastanza condivisa, è che sia un'operazione simile alla castrazione. Si tende a confondere i due diversi tipi di intervento e, dunque, il timore maggiore è quello di perdere la propria essenza mascolina e non essere più in grado di avere rapporti sessuali. Nel senso comune, un uomo, che non può avere un'erezione o che non ha più la valenza virile data da una corretta funzionalità del pene, è come una donna senza figli: non vale niente. Si tratta, infatti, di un uomo che manca della sua caratteristica principale, definita in termini di "*hombria*", almeno secondo quanto sostengono la maggior parte degli uomini e delle donne con cui ho parlato di questo tema.

Quando chiedi alle donne perché decidono di farsi sterilizzare la risposta è articolata nell'intreccio di diversi fattori che incidono su questa decisione. Quando chiedi agli uomini perché decidono di farsi sterilizzare, la risposta è estremamente chiara ed omogenea: le donne

²⁰⁷ Anche secondo quanto mi è stato riferito dalle donne, gli uomini hanno questo tipo di timori che incidono fortemente sul rifiuto di questa pratica.

hanno già sofferto molto, i loro corpi sono stati provati dall'utilizzo dei metodi contraccettivi, dai mesi delle gravidanze, dai parti, adesso è il loro turno". La conferma di questo dato presente nei lavori di Gutmann (2007, 2009), il cui campo di ricerca ha interessato lo stato di Oaxaca e Città del Messico, mi permette di ipotizzare che questa possa essere anche la risposta degli uomini a Mérida.

Quando ho chiesto perché gli uomini negano alle donne la possibilità di utilizzare metodi contraccettivi e perché loro non vogliono utilizzare un metodo di pianificazione familiare maschile, generalmente la risposta è che loro non vogliono utilizzare i preservativi. Il preservativo, per la maggior parte degli uomini che ho conosciuto, altera la percezione del piacere fisico ed incide sul rapporto sessuale diminuendo il desiderio. Se escludiamo il preservativo, la vasectomia è l'unica opzione contraccettiva per il genere maschile. In Messico, così come nel resto del mondo, la maggior parte dei metodi contraccettivi artificiali, disponibili sul mercato o forniti dalle strutture mediche, sono per le donne. Questa situazione riflette un quadro più ampio che chiama in causa il mercato internazionale dell'industria farmaceutica in cui vengono sviluppati, prodotti e commercializzati i dispositivi e le sostanze chimiche contraccettive. I metodi contraccettivi, se non sono prodotti e commercializzati da determinate case farmaceutiche, non sono disponibili in Yucatán, così come nel resto del mondo.

Quando si parla di sterilizzazione, per le donne non si crea il problema delle possibili conseguenze negative di quest'operazione sulla vita sessuale come, invece, succede quando si parla di vasectomia per gli uomini. La legatura delle tube è un'operazione accettata dal senso comune, è ampiamente conosciuta ed utilizzata. È senso comune che essere sterilizzate non crei problemi o non abbia conseguenze sulla salute e sulla sessualità. Le preoccupazioni delle donne sono di natura più strettamente fisiologica. Per loro il grande timore è quello della possibilità di sentire dolori o più dolore rispetto al cesareo.

Quando invece si parla di vasectomia con gli uomini, le principali preoccupazioni sono invece legate alla sfera della virilità e alla paura di perdere le proprie capacità sessuali. La vasectomia, spesso confusa con la castrazione all'interno dell'immaginario comune, viene pensata e rappresentata dalla maggior parte delle persone che ho conosciuto nei termini di un rischio per la propria sessualità.

Gli uomini, spesso, mi hanno detto che non hanno molte possibilità di scelta e che, volendo o non volendo, la responsabilità della contraccezione ricade per forza di cose sulle spalle delle donne. Anche le politiche sanitarie ed i programmi istituzionali relativi al campo della riproduzione sono tutti incentrati sulle donne. Recentemente il focus di attenzione soprattutto

a livello delle strategie discorsive è stato spostato sulla coppia ma le donne continuano ad essere i soggetti a cui le istituzioni si rivolgono in maniera diretta.

Gli uomini entrano in contatto con le istituzioni sanitarie attraverso le donne, è a loro che la vasectomia viene proposto come metodo contraccettivi disponibile. Sebbene si tratti di una tecnologia contraccettiva che interessa la figura maschile, sono le donne che vengono “istruite” sulla sua esistenza e sul suo funzionamento. Sono sempre le donne che, poi, ne parlano con i propri compagni e/o mariti e, solo successivamente, si rivolgono alla struttura sanitaria. Generalmente sono le assistenti sociali che parlano di questo metodo con le donne.

Per rendere più efficace la conoscenza di questo metodo, le istituzioni sanitarie dovrebbe però rivolgersi direttamente agli uomini ma non esistono campagne specifiche relative a questa tecnologia contraccettiva. L’attenzione che viene posta nella “sponsorizzazione” di questa opzione chirurgica da parte delle istituzioni medica è molto carente. Il dato, che ho potuto verificare durante la ricerca, è che, se esistesse una volontà governativa di aumentare l’utilizzo di questa tecnologia e di inserire gli uomini come soggetti attivi all’interno del programma di pianificazioni familiare, ci sarebbero anche le condizioni materiali per costruire questo contatto. Sono, infatti, gli uomini, compagni, mariti, padri, coloro che si occupano nella maggior parte dei casi di gestire tutte le procedure burocratiche inerenti al ricovero delle donne. Esiste, quindi, la possibilità pratica di entrare in contatto con il genere maschile: gli uomini frequentano le strutture ospedaliere quando le donne sono ricoverate.

Gli uomini sono quasi totalmente esclusi delle politiche e dalle campagne istituzionali inerenti la riproduzione e la contraccezione. Le ragioni di questa esclusione rimandano ad una molteplicità di fattori. Concorro con la posizione di Gutmann, secondo cui si tratterebbe di un’esclusione legata ad “elementi strutturali piuttosto che ad un atteggiamento e ad un’impostazione culturale legata al *machismo*. Tali elementi vanno rivisti nelle politiche e nei programmi istituzionali e nell’assenza di possibili metodi contraccettivi da utilizzare” (Gutmann 2007:5). Inoltre, le donne sono maggiormente inserite all’intero del processo istituzionale del “prendersi cura di se stesse”, dal punto di vista della sessualità e della riproduzione. Esse rappresentano i soggetti della coppia che entrano maggiormente a contatto con le strutture sanitarie e che, quindi, possono essere maggiormente controllate dalla disciplina medica. Quella che viene definita nei termini di “*male blindness*” (Chant e Gutmann 2000; 2002) è stata sviluppata storicamente da un punto di vista politico e governativo e, di conseguenza, anche nella gestione pratica e quotidiana dei servizi che dalle politiche governative derivano.

Sebbene le donne siano state ampiamente “denaturalizzate” concettualmente e la biologia e il destino siano stati disgregati, anche attraverso le teorie e gli scritti femministi, attribuire qualità onnipresenti ed uniformi alla sessualità degli uomini è un atteggiamento tuttora in voga. I desideri sessuali, le attività riproduttive e gli atteggiamenti circa la fertilità maschile sono trattati come se fossero “naturali” ed uniformi per tutti gli uomini. Sorprendentemente la visione dei medici distingue in maniera molto netta la sessualità delle donne da quella degli uomini. All’interno di questa visione si definiscono degli spazi e dei modi di agire e di gestire la sessualità che si costruiscono su una logica oppositiva tra i generi e tra le classi. La sessualità degli altri e delle altre è diversa “per natura” soprattutto quando queste persone di cui stiamo parlando sono considerate in qualche modo “tradizionali”, “arretrate”, “povere e marginale”. La sovrapposizione tra queste categorie è usuale nelle rappresentazioni che la classe medica propone di questi uomini, che sono i compagni delle donne che, generalmente, assistono. Queste categorie vengono utilizzate per definire gli uomini come portatori di una sessualità “eccessivamente naturale” e, dunque, “incontrollata”. Per questo stesso motivo essi sono estranei alla logica razionale della responsabilità della fertilità nei termini di controllo delle nascite e delle risorse.

Se da una parte, però, gli uomini sono gli “attori mancanti” (Gutmann 2007) del campo della contraccezione, dall’altra, essi rappresentano soggetti “irresponsabili” quando sono pensati come “presenti ed attivi” all’interno del processo riproduttivo, soprattutto dal punto di vista dei rappresentati del settore medico. Gli uomini sono, infatti, i “responsabili” del metodo contraccettivo più utilizzato, in assoluto, dalle coppie in Yucatán: il coito interrotto.

Tutte le donne che rifiutano l’utilizzo di un contraccettivo medico, infatti, adottano questa tecnica contraccettiva naturale, utilizzando l’espressione “*mi sposo me cuida*” per indicarla. Nell’espressione “è mio marito che si prende cura di me” si racchiude tutto il senso della responsabilità maschile per fare in modo che la sessualità sia scissa dalla riproduzione. Spesso, però, questa strategia si rivela inefficace provocando una gravidanza indesiderata e non pianificata. “Mi novio me decia que me cuidaba el y pues, ya ves... no funcionan nada”²⁰⁸ mi dice una ragazza di 16 anni che è rimasta incinta. Come lei tantissime altre donne, soprattutto quando si tratta della prima gravidanza e quando i giovani uomini sono, ancora, inesperti.

Gli uomini sono responsabili di “cuidare” le proprie compagne sia perché l’efficacia di questa tecnica dipende essenzialmente da loro, sia perché generalmente sono loro che spingono per utilizzare questo metodo, piuttosto che un altro. Sono loro, nella maggior parte dei casi, che

²⁰⁸ “Il mio fidanzato si prendeva cura di me e lo vedi... non è servito a niente” [16/08/13].

rifiutano l'utilizzo del preservativo, anche quando le relazioni sessuali sono occasionali. Quando questo metodo risulta inefficace la responsabilità dell'errore è dell'uomo ma le conseguenze della gravidanza gravano soprattutto sulla donna. L'utilizzo appropriato di questo metodo, che definirei come una vera e propria "tecnica del corpo" (Mauss 2000), si basa essenzialmente sulla conoscenza, l'abitudine al controllo e la gestione del proprio corpo durante un rapporto sessuale. Si tratta di un comportamento appreso che viene affinato con il tempo e che restituisce l'intreccio inestricabile della dimensione naturale-culturale-sociale e storica della corporeità e della sessualità.

Prima della commercializzazione dei primi metodi contraccettivi artificiali e soprattutto con l'arrivo sul mercato farmacologico mondiale della pillola, intorno agli anni sessanta, due elementi erano sostanzialmente diversi in Messico, così come nel resto del mondo. Il primo: le relazioni sessuali eterosessuali comportavano, generalmente, un alto rischio di gravidanza e, allo stesso tempo, il sesso era direttamente associato con l'ansia e/o le aspettative della procreazione. Il secondo: gli uomini erano chiamati a farsi carico della gestione della sessualità della coppia in maniera più attiva con l'obiettivo di evitare gravidanze utilizzando il preservativo o più spesso il coito interrotto. La possibilità di accedere all'utilizzo di metodi contraccettivi artificiali che garantissero una maggiore efficacia nel controllo delle gravidanze aveva comportato che le donne e gli uomini potessero godere del sesso, nel momento in cui "la sessualità poteva essere separata da un circolo vizioso di gravidanze e parti" (Giddens 2008: 26).

A differenza delle donne, però, gli uomini hanno, da allora, avuto meno importanza e responsabilità nella gestione del controllo delle nascite. Ciò è ampiamente dimostrato anche dalla considerazione dell'uomo come soggetto secondario nei processi che riguardano la salute riproduttiva definiti dalle politiche e dai programmi delle agenzie dello sviluppo a livello internazionale. Ed è soltanto recentemente che gli uomini sono entrati come soggetti attivi nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, soprattutto in relazione alle malattie a trasmissione sessuale, le relazioni sessuali omosessuali e come soggetti interni alla "coppia", per quanto riguarda le politiche prettamente inerenti il controllo delle nascite o la salute riproduttiva in genere²⁰⁹.

Nonostante i grandi sviluppi che hanno riguardato il campo della produzione e la commercializzazione dei metodi contraccettivi e che hanno aperto l'accesso ad una molteplicità di opzioni oltre alla pillola, il coito interrotto resta ancora oggi la tecnica contraccettiva maggiormente utilizzata dalla popolazione.

²⁰⁹ Vedi capitolo 2.

6.6 Le tecnologie contraccettive, ideologie della scelta e della responsabilità e relazioni di genere

Da quanto ho cercato di mettere in evidenza i metodi disponibili per le donne, seguendo le indicazioni e le strategie definite dal programma di pianificazione familiare permettono di operare delle scelte che sono, spesso, limitate. Sulla limitazione delle scelte incidono molteplici fattori: la gestione istituzionale, la disponibilità materiale, le preferenze delle donne, il momento di vita in cui si trova la donna, la relazione di coppia, la religione, l'economia.

Sebbene la sterilizzazione venga presentata come una strategia per l'autonomia e la liberazione del corpo della donna, troppo poco si riflette sulla natura "coercitiva", definitiva e "privativa" di questa pratica. La sessualità e la riproduzione incontrollata delle donne che si rivolgono agli ospedali pubblici deve essere gestita seguendo delle strategie che permettano di garantire un certo grado di efficacia. Se le donne, non sanno gestire la contraccezione e non sono in grado di esercitare un controllo quotidiano sul proprio corpo, lo può fare la medicina al posto loro. Le donne, in questo senso, vengono considerate come soggetti non capaci di controllo e di gestione di se stesse. Soggetti che necessitano il sostegno e l'aiuto della medicina, come pratica definitiva e non come sapere del corpo che si acquisisce attraverso una corretta informazione.

La sterilizzazione rappresenta per le donne, responsabili e consapevoli, la migliore strategia per dichiarare e sostenere la propria autonomia all'interno delle relazioni sessuali e riproduttive di una coppia, in un'ottica più ampia in cui la maternità e la cura dei figli sono i valori fondamentali che definiscono la traiettoria biografica di ogni donna. Questi valori, nei discorsi che informano le pratiche istituzionali e i programmi politici che riguardano la salute, sembrano prescindere dalla presenza e dal sostegno di un uomo, di un compagno, di un marito. Nel tentativo di rendere le donne consapevoli della propria autonomia, del proprio corpo, soggetti attivi all'interno del processo decisionale relativo alla sessualità e alla riproduzione si vogliono mettere in discussione le relazioni disuguali di potere tra uomo e donna, si vuole superare il "machismo" che, a livello locale, caratterizza queste relazioni. Questa operazione però, non viene compiuta modificando le relazioni e il potere che i soggetti maschili e femminili possono esercitare, quanto, piuttosto, definendo l'autonomia della donna nell'esclusione degli uomini dalla pianificazione familiare. Non si cerca la negoziazione della scelta relativa alla riproduzione, alla sessualità e alla riproduzione come ambiti che

riguardano entrambi i soggetti di una relazione. Nel tentativo di ribaltare i rapporti di potere nelle relazioni uomo-donna, non si ridefinisce la relazione ma si esclude uno dei due soggetti. Mi sembra che, in questo modo, non si faccia altro che continuare a reiterare quelle dinamiche di relazione in cui le donne continuano ad essere in una posizione subordinata rispetto a quella dell'uomo. Mi sembra essere un'operazione fittizia. Forse può funzionare sul piano della retorica e dei discorsi all'interno di uno spazio chiuso istituzionale come quello di ogni struttura ospedaliera ma, fuori da quelle stanze, queste retoriche e questi discorsi non funzionano, sono illusorie e non incidono in maniera reale sulle possibilità di vita delle donne. Il discorso dell'autodeterminazione e dell'autonomia rispetto alle decisioni sul proprio corpo, che passa per la sterilizzazione, rimanda all'idea secondo cui una donna possa decidere di non voler più avere figli indipendentemente da quello che le succede nella vita di coppia o nella vita sentimentale. Secondo quanto ho visto, ho ascoltato e imparato durante la mia ricerca, le cose della vita quotidiana non funzionano così, non sono mai così nette. Le decisioni, riguardo alla sessualità e alla riproduzione, chiamano sempre in gioco anche la presenza e/o l'assenza dell'altro elemento della coppia: l'uomo. Nella vita delle donne è importante avere delle relazioni di coppia, è importante avere delle relazioni sentimentali. Queste relazioni non si definiscono all'interno di una sfera della vita che è completamente separata dalla sessualità e dalla riproduzione, come invece si vorrebbe far pensare nei discorsi che vengono fatti in ospedale, quando si parla di contraccezione.

Le donne che ho conosciuto, soprattutto a causa delle condizioni di vita materiali, non godono quasi mai di assoluta autonomia. Forse quest'autonomia assoluta non esiste per nessuna donna in nessun contesto. Da un punto di vista economico, per esempio, queste donne, in pochi casi, possono permettersi di decidere realmente per sé e per i propri figli come è meglio vivere. In un sistema sociale in cui la maternità è il valore e l'esperienza più importante all'interno del percorso biografico di ogni donna, le donne sono necessariamente chiamate a prendersi tutto il carico della responsabilità dei figli, sia prima della loro nascita sia dopo.

All'interno degli ambiti istituzionali²¹⁰, la paternità assume un valore inferiore rispetto alla maternità. Le donne, invece, danno importanza al valore della paternità, sono consapevoli di quanto esso sia "diverso" da quello della maternità. Nessuna donna che ho incontrato ha negato il valore della paternità o l'ha definita "inferiore" alla maternità. Tuttavia sono consapevoli che: gli uomini possono esercitare nei confronti dei figli un maggior grado di "libertà" che alle donne non è concesso.

²¹⁰ Ma anche negli ambiti non istituzionali delle organizzazioni non governative, delle associazioni civili come cercherò di mostrare nei prossimi capitoli.

Gli uomini che, nei discorsi istituzionali, vengono descritti tutti allo stesso modo ed inseriti all'interno della grande scatola nera del "machismo messicano" forse sono diversi da come vengono rappresentati. È vero che esistono uomini che non hanno nessun interesse nei confronti delle donne e dei figli, ma è vero anche che molti uomini sono vicini alle proprie compagne durante la gravidanza, molti cercano di comprendere i problemi e le necessità della riproduzione e della fertilità della coppia, molti sostengono ed aiutano nella cura dei figli.

Un certo tipo di pensiero femminista, un certo modo di pensare e costruire la prospettiva di genere, lo stereotipo del "machismo messicano" diventano, all'interno dei discorsi e della pratica istituzionale, categorie di pensiero statiche, vuote di senso. Veicolano dei meccanismi di relazione che non sono dialogici ma che portano alla divisione e all'opposizione, come se le donne per decidere in maniera autonoma dovessero contrapporsi agli uomini, come se le donne per definire il proprio spazio di autonomia dovessero annullare quello dell'uomo. Diventano ideologie di riferimento che sono "sterili" se applicate alle dinamiche della vita quotidiana in cui, invece, i rapporti di coppia si costruiscono su una continua negoziazione, tra conflitti ed accordi. La quotidianità delle donne è fatta dalla continua ridefinizione di strategie volte al raggiungimento di una sempre maggiore autonomia e determinazione di sé.

Le donne non sono mai soggetti completamente subordinati al potere e al volere degli uomini ma non sono neanche assolutamente indipendenti ed autonome all'interno delle relazioni di coppia e, più in generale, di genere. Mi sembra che le continuità e le discontinuità tra questi poli, come elementi che definiscono le traiettorie di vita delle persone, vengano troppo spesso negati nei discorsi, tutti ideali, che le donne si sentono ripetere all'interno degli ospedali quando si parla loro di contraccezione.

La sessualità e la riproduzione, nella prospettiva istituzionale, si costruiscono come ambiti della vita ad appannaggio, quasi esclusivo, delle donne. All'interno di questo panorama mi sembra che si verifichi una sorta di cortocircuito tra quelle che sono le responsabilità dell'uomo e quelle della donna. Nel tentativo di costruire una soggettività femminile autonoma si eclissa quella maschile (come ho cercato di mostrare nel paragrafo precedente). La soggettività maschile, però, rientra in gioco quando si affrontano le responsabilità, sempre in termini negativi, dell'uomo "colpevole" di una sessualità incontrollata, del non utilizzo dei preservativi, della trasmissione di malattie sessuali e delle gravidanze non pianificate (quando si utilizza come metodo contraccettivo il coito interrotto). Gli uomini sono soggetti attivi nel campo della contraccezione quando pensiamo che il rifiuto dei contraccettivi medici comporta sempre l'utilizzo del coito interrotto.

Il personale ospedaliero e, più in generale, i professionisti della medicina istituzionale, però, mi sembrano non riflettere abbastanza sull'utilizzo e sul valore di questa pratica. Il coito interrotto, posizionandosi fuori dalla sfera di intervento del controllo medico, viene ignorato, pur essendo la prima tecnologia contraccettiva utilizzata. La medicina continua a guardare, a gestire e a controllare il corpo delle donne, l'azione di responsabilizzazione continua ad essere esercitata su di loro; l'ideologia della scelta informa i discorsi e le pratiche a cui, solamente, le donne sono "assoggettate" negli spazi ospedalieri. In questa gestione della sessualità, della riproduzione e della fertilità, la "mancanza" dell'uomo durante un coito interrotto viene rappresentata come un "incidente", la "mancanza" della donna nell'utilizzo di qualsiasi tecnica contraccettiva viene rappresentata come un "errore". L'uomo viene colpevolizzato per l'incidente ma, la donna viene giudicata per l'errore.

Nel più ampio contesto sociale, culturale e politico, la responsabilità delle donne nei confronti dei propri errori ha un senso molto più articolato rispetto a quella degli uomini. Il senso di questa responsabilità si manifesta, molte volte, in gravidanze non pianificate e, spesso, non desiderate, che le donne devono portare avanti, cercando le strategie migliori che permettano loro di definire una traiettoria di vita futura, all'interno di relazioni che vedano la mascolinità in una posizione egemonica rispetto alla femminilità.

La medicina e le nuove biotecnologie hanno permesso di scindere la sessualità dalla riproduzione e di ripensare al ruolo delle donne e degli uomini nel meccanismo della procreazione. All'interno dei contesti istituzionali che ho cercato, fin qui, di analizzare sembra, troppo spesso, che l'unico contributo che gli uomini danno alla riproduzione umana sia lo sperma. Ma non è così.

Sarebbe forse più opportuno iniziare a ragionare e ad affrontare il tema della contraccezione, anche in ambito istituzionale, in termini dialogici e non oppositivi. Partire dal presupposto che uomini e donne possono e devono avere le stesse responsabilità e che i figli si fanno in due e non appartengono solo alla madre. Ciò comporterebbe un cambiamento dell'orizzonte di senso della sessualità e della riproduzione, un cambiamento che investe le vite individuali, il contesto sociale, politico, economico di cui sto scrivendo.

Durante i mesi della mia ricerca ho spesso pensato che la sterilizzazione oggi a Mérida mi sembrava essere un po' come la pillola negli anni Settanta in Europa. Spesso ho cercato di articolare questa ipotesi di cui, in verità, non sono mai stata certa, fino in fondo. Mi sembra, però, una "buona suggestione" che mi permette di riflettere su alcuni elementi interni alla gestione del campo della contraccezione, sia da parte delle donne, sia da parte delle istituzioni.

La commercializzazione della pillola negli anni Settanta rappresentava la liberazione del corpo e della sessualità femminile, la possibilità materiale di superare definitivamente la sessualità dalla riproduzione, il simbolo dell'autodeterminazione e della scelta delle donne. Le donne la potevano controllare, erano loro che decidevano quando e come prenderla, non era una scelta definitiva che avrebbe avuto conseguenze sul resto della loro vita. Utilizzare la pillola non significa dire "non avrò mai più figli" piuttosto "in questo momento non voglio avere figli". Le donne avevano, per la prima volta, la capacità, la possibilità materiale e il potere di decidere come gestire sessualità e riproduzione, in ogni momento. La sterilizzazione è diversa, non è questo. Preferire la sterilizzazione implica sottintendere che le donne non siano in grado di gestire la loro fertilità, di controllare la loro sessualità: è per questo che la decisione deve essere definitiva e che su questa scelta incidono altri fattori. Questa scelta chiama in causa, in maniera attiva all'interno del processo decisionale, altri soggetti (con cui la donna non ha relazioni sessuali): medici, assistenti sociali, politiche e programmi sanitari. Quello che mostra l'etnografia è che l'elemento maggiormente discriminante sulla possibilità di accedere (o non accedere) all'utilizzo di questa tecnologia contraccettiva è il tipo di parto: sono i medici che decidono come, quando e perché sterilizzare. Alle donne che hanno avuto parti naturali ma che richiedono di essere sterilizzate questa possibilità viene negata. Come ho cercato di mostrare, il discorso, le retoriche e la pratica della sterilizzazione si articolano su due piani e chiamano in gioco due orizzonti di senso diversi. Da una parte, il sapere medico – istituzionale come intervento chirurgico fortemente consigliato per donne che hanno già avuto figli e che si trovano in determinate condizioni fisiche (due o tre cesarei) e materiali (povere). Dall'altra, un orizzonte di senso che è radicato invece nelle teorie femministe e di genere, che con il tempo sono state acquisite e risignificate sia dalle donne sia dalle stesse istituzioni. Le donne sembrano sempre di più utilizzare la sterilizzazione come strategia per controllare il proprio percorso di vita, il proprio corpo e trovare un modo per cercare la propria autonomia pur non sottraendosi al ruolo della maternità.

La scelta della pillola per una donna negli anni Settanta in Europa chiamava in gioco elementi estranei alla scelta della sterilizzazione oggi per le donne in Messico, sebbene entrambe le tecnologie contraccettive siano accomunate dalla stessa strategia di rappresentazione: quella dell'autodeterminazione e della libera scelta delle donne.

L'elemento che mi sembra essere più interessante è che nella scelta della sterilizzazione come contraccezione, le donne mostrano non solo di non poter esercitare una libertà riproduttiva ottimale ma anche di non esercitare lo stesso grado di libertà riproduttiva delle donne di classe media o alta. Le donne che hanno un elevato grado di istruzione, possibilità economiche e, in

generale, delle condizioni di vita agiate non scelgano la sterilizzazione come metodo contraccettivo. Le mie amiche, le persone che frequentavo, le dottoresse, le assistenti sociali, le madri o le sorelle dei miei amici, le compagne o le mogli dei medici che ho conosciuto, non avrebbero, se non in casi eccezionali, mai optato per la decisione di essere sterilizzate. Le donne che scelgono la sterilizzazione sono accomunate da condizioni di vita simili. Le vite di queste donne rappresentano una scala delle disuguaglianze individuali, sociali, culturali, mediche con cui esse si confrontano ogni giorno. Le loro vite permettono di rappresentare le condizioni sociali, la subordinazione di genere, i conflitti familiari, le disparità e le disuguaglianze materiali, la mancanza dell'accesso ad una salute di qualità. Tutti questi elementi sono il riflesso di un'altissima percentuale di sterilizzazione, oggi, in Yucatán.

La sterilizzazione è una tecnologia utilizzata come strategia contraccettiva principalmente da un determinato settore della popolazione. In questo senso rappresenta una pratica medica che implica anche una possibilità di scelta e di cambiamento all'interno del tracciato biografico di ogni donna ma anche, e soprattutto, occulta disuguaglianze di potere di classe e di genere. La sterilizzazione come pratica medica utilizzata nei confronti di una determinata "tipologia" di donne esplicita l'atteggiamento discriminatorio di una parte della società – rappresentata all'interno del contesto istituzionale, in questo caso, dai medici – nei confronti di un'altra parte della società. La sterilizzazione diventa una forma di controllo sociale e politico non solo di determinate tipologie di donne, ma anche, delle classi sociali a cui queste donne appartengono: quella più marginale e più povera.

CAPITOLO 7

L'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA: ESPERIENZE E RISCHI

7.1 L'aborto a Mérida

A Mérida, l'interruzione volontaria della gravidanza è illegale, non è, come succede a Città del Messico o in Italia, considerata *extrema ratio* all'interno del campo della pianificazione familiare.

L'aborto non è lecito ma viene comunque praticato ed utilizzato più spesso di quanto si possa pensare. Non esistono dati certi: il fenomeno dell'aborto qui, come in tutta l'America Latina, è sotterraneo, non si vede, e poco se ne dice, almeno a livello ufficiale. Si parla di aborto in alcuni casi: quando le donne hanno abortito in maniera clandestina, quando hanno subito una violenza (soprattutto da minorenni) che ha provocato una gravidanza, quando rischiano la vita per aver potato avanti una gravidanza che sarebbe stato più opportuno interrompere.

In Messico, si parla di aborto soprattutto nei casi in cui le donne che vi hanno fatto ricorso vengono “scoperte”, subiscono un processo e vengono incarcerate. In questi casi, giornali e televisioni si occupano del tema dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne, dei diritti dei “non-nati”; i rappresentanti dei partiti politici si esprimono; le figure di riferimento delle diverse professioni religiose assumono una posizione di condanna; le attiviste – contrarie e favorevoli – preparano campagne e azioni collettive. A livello di opinione pubblica si costruisce un dibattito che diventa un'arena di confronto politico, sociale, economico e, soprattutto, morale all'interno della quale è assente la voce dei soggetti principalmente interessati: le donne che hanno abortito e quelle che avrebbero voluto farlo, ma non hanno potuto.

Se i casi sopra elencati rientrano nell'eccezionalità degli eventi, nella vita di tutti i giorni le donne parlano spesso di aborto, in alcuni casi lo pensano come una scelta possibile, in altri casi, molti, la utilizzano come una soluzione. Ho parlato, pensato e discusso di aborto con le donne negli ospedali, con i medici, con le attiviste dei diversi movimenti, con le donne ospiti della casa di VIFAC, con le pazienti che usufruiscono dei servizi di SHSSR.

A Mérida, è quasi sicuro che nella cerchia delle conoscenze di ciascuno ci siano donne e coppie che hanno abortito, anche se nella maggior parte dei casi resta un'esperienza da nascondere. Ha abortito l'ex-compagna di uno dei miei più cari amici, ha abortito una delle mie più care amiche. Me ne hanno parlato in virtù della mia ricerca: in un altro contesto non l'avrebbero fatto.

Nel primo caso l'aborto è stato una scelta difficile, dolorosa, ma in fondo salvifica: il rapporto non funzionava. Chi mi parla è l'uomo della coppia, non ha molto da dire e me ne parla come di una cosa qualsiasi. Lui è spagnolo e credo che questo incida sul suo atteggiamento nei confronti dell'aborto, a differenza della sua compagna che invece è di Mérida. Juan mi dice che non l'ha vissuta bene ma che in fondo è stata una cosa da cui è rimasto abbastanza escluso, la sua ragazza l'ha gestito da sola. Sua madre l'ha accompagnata in una clinica privata di Mérida, di quelle costose, e lei non ha mai parlato troppo di quest'esperienza. In fondo un figlio non lo voleva nessuno dei due. Poi Diana ha scoperto – o forse ha accettato - di essere lesbica. Ora lei vive felicemente con la sua compagna.

Il secondo caso invece è diverso. Una sera mentre bevevamo una birra, Tihui, di cui sono amica dal mio primo arrivo a Mérida, mi dice che vuole parlare della mia ricerca perché è un tema importante: delle esperienze delle donne con l'aborto sembra che non si debba mai parlare, come se non esistessero. Lei allora mi racconta la sua.

A ventitré anni, quando viveva ancora a Ensenada, in Baja California²¹¹, è rimasta incinta. Tihui, a quel tempo, studiava all'università: oceanografia. Mi dice che era giovane, aveva una relazione stabile e conviveva con il suo fidanzato di allora ma non si sentiva pronta per avere un figlio. La gravidanza era stata un errore di percorso e lei aveva deciso di abortire. Il suo compagno era d'accordo e, per quanto ha potuto, l'ha appoggiata.

Mi racconta di un'esperienza fortemente traumatica per i modi in cui si è verificata e non per il tipo di scelta compiuta. La clandestinità di una clinica in cui sei maltrattata e continuamente giudicata, un ambiente né sano né salubre. Quel servizio lei lo stava pagando, anche tanto. Mi dice che aveva dovuto investire in quell'aborto tutti i soldi che aveva da parte e chiederne altri a suo padre. Mi parla del senso di compiere qualcosa di sbagliato che si imprime sul corpo, qualcosa che però è sbagliato per gli altri e non per te. Era convinta di non voler portare avanti quella gravidanza e di non voler in quel momento un figlio.

Oggi Tihui ha trentatré anni, vive a Mérida, lavora e finisce la sua specializzazione nel Cinvestav (Centro di Ricerca Avanzato della Regione): ha seguito la sua passione. Oggi sa che, in quel momento, ha fatto la scelta migliore per la sua vita e non se ne pente anche se, quando pensa al modo in cui ha dovuto abortire, le viene un forte senso di rabbia.

Sono passati dieci anni e un figlio lo vorrebbe, non pensa che sarebbe una cattiva madre, ma nemmeno che la scelta fatta in passato sia stata sbagliata. Quello che pensa è che è vergognoso che una donna debba essere trattata senza il minimo rispetto. Che la facciano

²¹¹ Stato al nord del Messico che confina con gli Stati Uniti, di cui Tijuana è la capitale.

sentire “uno schifo” per motivi che non condivide e che non hanno niente a che vedere con lei.

Mi dice che mi voleva raccontare la sua esperienza perché pensava potesse servire per la ricerca, perché voleva che la conoscessi, perché pensa che sia importante parlare di questa cosa anche se nessuno lo vuole fare. Mi dice che quando lo fai gli altri ti guardano in modo diverso, ti fanno sentire il peso dello stigma.

Tihui è una donna forte e determinata anche se, nel momento in cui parliamo, soffre per la fine del rapporto con la persona da cui forse avrebbe voluto avere un figlio. Erano insieme dalla prima volta che sono arrivata a Mérida, si sono lasciati da qualche mese. Ha fatto un suo percorso di vita, ha studiato, lavora, è una donna consapevole di se stessa e di quello che vuole dal futuro. È l'unica donna che ho incontrato nel corso della mia ricerca ad aver dichiarato apertamente di essersi sottoposta a una interruzione volontaria di gravidanza.

Nel corso della mia ricerca ho avuto modo di rapportarmi con il tema dell'aborto, seguendo modalità di volta in volta specifiche, a seconda del contesto in cui mi trovavo.

7.2 Aborti e gravidanze problematiche

Durante i mesi dell'etnografia all'interno degli ospedali ho incontrato molte donne che mi hanno parlato delle loro esperienze di aborto: tutte avvenuti in circostanze naturali; la maggior parte nei primi mesi della gravidanza; alcuni, invece, quando la gravidanza era già in fase molto avanzata.

Nei primi casi, da un punto di vista clinico, si parla di morte ed espulsione del feto in modo naturale e si procede con un raschiamento al fine di avere la certezza di una completa pulizia della cavità uterina. Questo genere di intervento non è molto invasivo e viene sempre effettuato in anestesia locale. Nella maggior parte dei casi, l'espulsione del prodotto della gestazione avvenuta in maniera naturale si è già verificata, quando le donne si recano in ospedale. Le pazienti, dopo il raschiamento, vengono ricoverate per circa dodici ore, durante le quali restano in osservazione all'interno dell'area chirurgica ginecologica e non in reparto. Anche in questi casi, prima delle dimissioni, viene prescritto un metodo contraccettivo e viene raccomandato alle pazienti di evitare la gravidanza almeno per l'anno successivo, meglio se per due anni. Ciò al fine di permettere all'utero il recupero delle sue funzioni naturali ed

evitare che si possa ripetere la perdita del prodotto della gestazione nelle successive gravidanze.

Quando invece si verifica un quadro clinico di morte fetale intrauterina avvenuta a gravidanza avanzata (dal quarto mese in poi), si procede con l'induzione di un parto naturale, quando non ci sono altre complicazioni e le condizioni di salute della donna sono normali; al contrario, quando le condizioni di salute della donna sono a rischio e ci potrebbero essere complicazioni durante l'espulsione del feto, si opta per un parto cesareo.

Nei casi in cui si proceda seguendo un parto naturale, esso viene indotto con l'utilizzo di prostaglandine che agiscono sulla dilatazione dell'utero e provocano le contrazioni. Alla paziente in questi casi viene effettuata un'anestesia locale con l'obiettivo di diminuire il più possibile il dolore: "non ha senso in questi casi far soffrire tutti i dolori di un parto naturale quando il prodotto risulta essere già morto"²¹², come mi spiega il primario del reparto di ginecologia di uno degli ospedali. Dopo l'espulsione si procede effettuando un raschiamento delle pareti dell'utero. Generalmente si tende a preferire questa tecnica poiché un parto naturale è meno invasivo da un punto di vista medico, i tempi di recupero per la donna sono più rapidi e meno problematici, soprattutto dopo un parto cesareo si richiede alle pazienti di aspettare un periodo di tempo più lungo prima di un'altra gravidanza.

Uno dei problemi con cui i medici si confrontano spesso in questi casi è quello della definizione del tempo di gestazione, che spesso dipende quasi esclusivamente dagli esami clinici. È difficile che una donna sia in grado di definire con certezza il momento della fecondazione. Almeno per quanto riguarda la maggior parte delle donne che ho incontrato, esse si accorgono di essere incinte attorno al terzo mese di gravidanza. Risulta, in questo modo, più difficoltoso definire con certezza l'età gestazionale del prodotto. In molti casi ho conosciuto donne che proprio per il verificarsi di un aborto spontaneo del primo trimestre di gestazione hanno scoperto la gravidanza. Sono rarissime le donne appartenenti ai settori della popolazione cui ho avuto maggiormente accesso, che si sottopongono ad un'ecografia prima del terzo mese di gravidanza. Secondo le norme di gestione dei servizi di salute pubblica relativi alla salute riproduttiva, le ecografie dovrebbero essere effettuate: nel momento in cui ci si rende conto della gravidanza, intorno al quinto, al settimo mese e poi al momento del parto.

I tempi medici della gravidanza incidono, in linea teorica, sulle possibilità di accedere alla sua interruzione nei casi permessi dalla legge: tale possibilità non supera il primo trimestre di gestazione. Anche nei casi in cui si evidenziano gravissime malformazioni del feto o problemi

²¹² "No tiene sentido hacer sufrir mas una paciente cuando el producto ya ha fallecido".

nelle condizioni di salute della madre, ciò avviene generalmente a gestazione avanzata. Questo significa che le donne non possono optare, nella vita quotidiana, per l'interruzione della gravidanza.

Un giorno incontro una ragazza, ha diciassette anni ed è di Motul, un municipio a circa venti chilometri da Mérida. La ragazza è ricoverata nel reparto di ginecologia, penso quindi che probabilmente ci siano state complicazioni durante il parto, visto che in questi casi le pazienti vengono divise dai neonati e possono vederli soltanto in determinati momenti. Si tratta del suo primo parto, è stato naturale. Mi dice: “Molti dolori, ho iniziato a sentire molto dolore, ero al settimo mese di gravidanza e due settimane, ma hanno dovuto far uscire il bambino perché ha problemi. Ha problemi è già morto”²¹³. Il bambino è vissuto per tre ore e poi è morto, già dal terzo mese avevano scoperto che aveva una grave malformazione alla testa: il cranio era aperto e non si sarebbe chiuso e le possibilità di miglioramento erano quasi inesistenti: aveva un tumore che impediva il normale decorso del suo sviluppo. Mi dice: “I medici hanno sbagliato a dirmi di continuare con la gravidanza perché avrebbero dovuto *toglierlo* subito. È stato un errore dirmi di continuare perché mi hanno provocato molti danni, il parto è stato orribile e adesso ci sono molte conseguenze. Ho avuto la febbre altissima, problemi di pressione, molte complicazioni e moltissimi dolori. Se me lo avessero *tolto* prima non starei così adesso”.

Già dal terzo mese era risultata evidente la malformazione, lei e il suo compagno avevano fatto molte visite, consultato diversi ginecologi e anche il perinatologo, e tutti avevano consigliato di continuare con la gravidanza. La ragazza sapeva che avrebbe avuto la possibilità di abortire ma tutti i medici le avevano sconsigliato questa pratica, dicendo che sarebbe stata molto più rischiosa rispetto a seguire il normale decorso della gravidanza e poi avere un parto. “Mi hanno detto che l'aborto poteva provocare gravi conseguenze e che forse dopo non sarei più potuta rimanere incinta e c'era il rischio di perdere l'utero. Anche loro quando hanno visto le prime ecografie e la grandezza del tumore si sono spaventati”²¹⁴.

Sia lei che il suo compagno avevano deciso di interrompere la gravidanza se fosse stato possibile, ma non erano riusciti a trovare nessun medico che fosse d'accordo ad effettuare l'intervento. Il parto è stato rapido ma la giovane ha avuto una grave infezione che ha provocato le complicazioni, non ha sentito molto dolore perché le hanno fatto un'epidurale ma se avesse interrotto la gravidanza non avrebbe avuto l'infezione e le complicazioni

²¹³ “Mucho dolor. De repente me dio dolor, tenia siete meses y 15 días pero me lo tuvieron que sacar porque el bebe tiene problemas. Tiene problemas, ya se murió” [Intervista 04/07/12].

²¹⁴ “Me dijeron que me podía lastimar y que me podían quitar mi matriz, no se, creo que hasta ellos se asustaron que tan grande el tumor que tenia, porque tenia como una bolita” [Intervista 04/07/12].

annesse. Quando chiedo se si fosse sentita in colpa nell'interrompere la gravidanza mi risponde: "No, sapevo già tutto, conoscevamo la prognosi, abbiamo cercato su internet, abbiamo cercato tutte le informazioni, abbiamo parlato con diversi medici, lo sapevamo che sarebbe andata così. Eravamo d'accordo e avevamo deciso di interrompere la gravidanza se fosse stato possibile. E adesso i medici vengono e mi chiedono come mi sento. E come mi sento? Normale, lo sapevo già e se non mi avessero fatto tanto male con il parto e tutto il resto sarebbe stato meglio. Lo sapevo che sarebbe andata così, forse l'errore è stato mio perché non ho iniziato a prendere l'acido folico dall'inizio della gravidanza, ho iniziato al terzo mese quando mi sono accorta di essere incinta"²¹⁵. Io le dico che mi sembra strano che possa essere stata l'assenza dell'acido folico la causa di una malformazione così grave e lei è d'accordo con me: "No, non credo che sia stato quello, è più una questione genetica, sono i capricci della natura. Però mi hanno anche rimproverata perché se avessi fatto questo o quello... Ma io ho letto molte cose, ho cercato molte informazioni, conoscevo bene la situazione. All'inizio non facevo altro che piangere, piangevo e basta e mi chiedevo perché dovevo succedere a me, poi piano piano mi sono abituata, però ogni volta che mi facevo un'ecografia uscivo piangendo e piangendo. Dopo la prima ecografia mi avevano chiesto se volevo abortire ma poi mi hanno detto: aspetta un mese e vediamo se migliora e poi decidiamo, e dopo un mese mi hanno detto che era tardi per abortire"²¹⁶.

La ragazza è molto scossa, mi dice che lei ha aspettato il secondo mese prima di andare dal medico perché sperava di non essere incinta, aspettava che le arrivassero le mestruazioni. Mi dice che si sente triste per quello che è successo, dolorante per come è andato il parto e provata emotivamente perché tutti l'avevano rimproverata in famiglia: se fosse andata prima a fare i controlli, forse i medici avrebbero potuto fare qualcosa per modificare la situazione. È consapevole di non avere nessuna responsabilità rispetto al decorso della gravidanza. Adesso si focalizzerà su se stessa, ha deciso di riprendere la scuola che aveva interrotto proprio a causa della gravidanza e si è anche iscritta a un corso di pittura. I resti del neonato sono stati

²¹⁵ "No, no tanto, ya sabia todos los pronósticos y había lo habíamos visto por internet y todo esto y ya estaba yo bien enterada, bien enterada. Y todo lo que paso pues era lo que sabia que iba a pasar. Y pues los doctores vienen y me dicen "como te sientes?". Pues normal, ya lo sabia, pues si duele un poco peor ya. Igual tuve como error a los tres meses empecé a tomar mi acido fólico, y dicen los doctores que igual fue por esto pero no creo que fue tanto esto" [Intervista 04/07/12].

²¹⁶ "No yo tampoco, creo que fue algo de genética, son caprichos de la naturaleza, pero quien sabe y pues ahí me empezaron a reganar que por mi acido fólico pero no creo que fue tanto por esto. Y estuve leyendo y todo, y estaba bien enterada de todo. Al principio puro llorar y llorar y puro llorar y después ya... pero decía porque a mí? Y cada vez que me hacia el ultrasonido salía yo llorando y llorando y lo mismo, porque cuando me dijeron esto me dijeron si quería abortarlo pero mi esposo no estaba que estaba trabajando y me dijeron vuelves dentro de un mes para ver si su cabecita estaba mejor, porque estaba abierta para ver si se cierra, que no se cerró. Y ya me dijeron pues sigues con tu embarazo" [Intervista 04/07/12].

consegnati alla famiglia che ha già provveduto alla sepoltura, lei mi dice che andrà al cimitero quando uscirà dall'ospedale²¹⁷.

In questa circostanza specifica ho riflettuto sul fatto che questa paziente avrebbe avuto tutto il diritto di accedere all'interruzione della gravidanza, almeno secondo la legge statale. Tutti i soggetti implicati in questo caso clinico, medici e pazienti, avevano la consapevolezza di questa possibilità ma, per motivazioni legate alla normale gestione della pratica quotidiana, si è preferito seguire un altro iter medico piuttosto che procedere con un aborto. Inoltre, a differenza di altri casi, le condizioni del feto erano troppo critiche per poter ipotizzare un intervento neonatale, subito dopo la nascita. Un simile intervento avrebbe richiesto un certo grado di preparazione e specializzazione medica oltre che strumentazioni di altissimo livello, caratteristiche queste che non sono presenti all'interno delle strutture della sanità statale messicana e sicuramente neanche nelle cliniche private presenti nello stato. Se la donna avesse deciso di rivolgersi al settore della salute privato sarebbe stato un investimento economico altissimo, non sostenibile dalla sua famiglia e che non avrebbe comunque avuto nessuna garanzia di successo.

In questo caso, se l'interruzione della gravidanza fosse stato un servizio realmente accessibile e un diritto riconosciuto, i presupposti per procedere con l'intervento sarebbero stati tutti presenti. Inoltre, a differenza di quanto succede generalmente, era stato possibile effettuare una diagnosi prenatale nei tempi "giusti" previsti dalla legge. Nella maggior parte dei casi, questi tipi di diagnosi sono tardivi, sia perché richiedono esami specialistici che non vengono offerti all'interno dei servizi di salute sotto il regime del *Seguro Popular*, sia perché le strutture che ho preso in esame sono molto carenti dal punto di vista dell'offerta di servizi specializzati in perinatologia. Questo dato influenza l'altissima percentuale di casi di neonati che presentano gravi forme di disabilità o di malformazioni genetiche.

L'aborto si costruisce all'interno del discorso e della pratica medica come una tecnica estremamente pericolosa e rischiosa. È proprio in virtù dell'alto grado di rischio che esso è sempre sconsigliato e, anche nei casi in cui è certa la non viabilità del prodotto della gestazione, la gravidanza viene portata avanti fino alla fine. La posizione del personale medico è sempre contraria alla possibilità di intervenire attraverso un'interruzione volontaria della gravidanza.

²¹⁷ Quando la morte del feto si verifica verso il termine della gravidanza, esso, dopo l'espulsione o il cesareo, viene consegnato alla famiglia insieme ad un certificato di morte, in modo tale che si possa procedere con la sepoltura dei resti. Si tratta di una pratica ampiamente condivisa a livello locale. Se le cause dell'aborto non sono chiare si sottopone il feto ad una serie di esami ed analisi cliniche (a livello istologico e nei casi più rari si procede con un'autopsia) al fine di verificare che cosa sia successo ed eventualmente poter intervenire per evitare che si ripeta la stessa circostanza durante una gravidanza successiva, ma non è questo il caso.

Nel contesto locale, l'obiezione di coscienza è riconosciuta come un diritto per il personale medico e, in generale, sanitario. I professionisti della salute che ho incontrato all'interno degli ospedali si dichiarano tutti "obiettori di coscienza". Tale definizione non incide in maniera reale sulla loro pratica clinica: in queste strutture ospedaliere, l'interruzione della gravidanza non viene effettuata neanche nei casi permessi e riconosciuti dalla legge. Si tratta quindi di una questione formale piuttosto che sostanziale.

È interessante riflettere su come mi sia ritrovata quasi sempre a confrontarmi con persone che, almeno in linea di principio, dichiarino di essere aperte rispetto alla legalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza, seguendo il modello di legge valido nella giurisdizione di Città del Messico. Allo stesso tempo, è necessario compiere una distinzione tra il piano dell'opinione personale e il piano di quella professionale. Nel primo caso, l'aborto viene considerato dai più come un peccato, un omicidio, un reato. Da un punto di vista personale, la maggior parte delle persone interne al campo della salute sostiene che non potrebbero mai ricorrere a questa scelta come opzione all'interno della propria vita. Da un punto di vista professionale, invece, molti sarebbero favorevoli o comunque non contrari alla legalizzazione dell'interruzione della gravidanza, lasciando la possibilità e la libertà di scelta alle singole donne.

Questo dato definisce una maggiore apertura nei confronti di questo tema rispetto a quella che mi sarei aspettata. Allo stesso tempo alcune considerazioni aggiuntive sono d'obbligo: essendo illegale e non praticato all'interno delle strutture, l'aborto non incide sulla quotidianità della pratica clinica; per molte persone proprio il confronto con me ha rappresentato un momento di riflessione sull'aborto. La maggior parte delle persone non si erano mai veramente interrogate sui risvolti e sulle conseguenze che l'interruzione della gravidanza può avere, sia come pratica clinica che da un punto di vista legale.

Tutte le considerazioni cui faccio riferimento restano circoscritte, nel contesto locale, al piano delle speculazioni teoriche. In questo senso è interessante riflettere sul fatto che tutti i medici che ho incontrato hanno sostenuto che nel caso di una reale depenalizzazione dell'aborto si dichiarerebbero obiettori di coscienza e non fornirebbero il servizio. La motivazione di questa scelta è sia di ordine morale ed etico, non vogliono partecipare a quello che identificano come omicidio, sia di ordine clinico: nessuno di loro è stato istruito, almeno durante gli anni di studi e di pratica clinica, a svolgere l'intervento. All'interno dei corsi di laurea e di specializzazione non vengono insegnate le tecniche mediche relative a questo campo specifico, ma soltanto la tecnica del raschiamento atta alla pulizia dell'utero dopo l'espulsione del feto avvenuta in maniera naturale. Seguendo la posizione della classe medica, nel caso in cui si dovesse

legalizzare l'aborto, ogni struttura dovrebbe assumere personale specifico in grado di occuparsi di questo servizio.

7.3 Aborto: esperienze, pensieri, emozioni

La maggior parte delle donne che ho incontrato all'interno delle strutture ospedaliere mi ha parlato di aborti spontanei - avvenuti spesso prima del terzo mese di gravidanza - e della loro posizione nei confronti della pratica dell'interruzione della gravidanza. Un "aborto naturale" coincide, nell'orizzonte di senso e nelle esperienze di quasi tutte le donne, con la perdita di un figlio; viene vissuta come un evento fortemente traumatico, soprattutto quando la gravidanza era stata programmata e molto desiderata. Le donne parlano di una grandissima tristezza per la perdita di un "figlio" che continua ad essere considerato tale anche molti anni dopo l'aborto.

Nella maggior parte dei casi le donne pensano che, almeno in linea di principio, ognuna dovrebbe avere la possibilità di decidere se portare avanti una gravidanza o meno, tutte sono consapevoli di quanto l'aborto clandestino e illegale sia diffuso. Le donne che invece si definiscono profondamente religiose sono assolutamente contrarie a questa pratica. Tutte sostengono che personalmente non potrebbero mai ricorrere a una simile soluzione. Se in linea di principio l'aborto può essere accettato, la tendenza è quella di giudicare in maniera molto negativa chi vi fa ricorso. La posizione diffusa e condivisa è che il feto è una vita, sin dal momento del concepimento, e che non ha nessuna responsabilità nell'essere stato "creato": non deve pagare le conseguenze di azioni, scelte ed errori di cui è responsabile unicamente la donna. Interrompere una gravidanza è per la maggior parte delle donne che ho incontrato un reato, un omicidio ed un peccato di cui si pagano le conseguenze non tanto sul piano legale quanto piuttosto morale.

È proprio in questa prospettiva che si comprende perché la maggior parte delle persone sia contraria all'interruzione della gravidanza, anche nei casi in cui essa sia stata la conseguenza di una violenza sessuale: il feto non ha nessuna responsabilità e non deve pagarne le conseguenze, non sarebbe giusto. Quando cercavo di sostenere che nei casi di abusi neanche la donna ha delle responsabilità, la risposta che generalmente ricevevo era legata al diverso grado di responsabilità che i due soggetti possono avere. Mentre la donna è una persona adulta che può e deve essere responsabile per se stessa e di se stessa, una vita che ancora deve nascere ha un grado di innocenza – intesa come assenza di colpe e responsabilità - maggiore

rispetto alla donna: tali caratteristiche definiscono il feto come un soggetto più debole e più bisognoso di essere difeso.

Il feto viene pensato non solo come una vita ma anche come una persona che gode degli stessi diritti di cui gode la donna o qualsiasi altro figlio già nato. Spesso mi è stato detto: “Perché bisogna uccidere una vita che non ha nessuna colpa? Allora si potrebbe uccidere un altro figlio di quelli già nati, sarebbe la stessa cosa, hanno gli stessi diritti e devono essere protetti allo stesso modo”.

L’unico caso in cui è maggiormente accettata la possibilità di interrompere una gravidanza è quando vi siano gravi malformazioni del feto che escludono la possibilità della sua sopravvivenza. In queste circostanze, però, si sostiene anche che l’aborto è molto più rischioso di un parto e che, in fin dei conti, non si può mai essere certi che quel bambino non sopravviva. Il grado di rischio della pratica dell’interruzione della gravidanza è una conoscenza condivisa da tutte le donne. Essa ha due matrici diverse: da una parte il sapere medico ufficiale e, dall’altra, le modalità reali di accesso a questa pratica che, essendo spesso clandestine, risultano essere altamente rischiose per la salute delle donne.

Tutte le pazienti che ho incontrato, a cui era stato effettuato un raschiamento, erano sempre state ricoverate per aborti spontanei. In alcuni casi, forse molti più di quelli che si possa immaginare, tali aborti però erano stati provocati e la donna si era recata in ospedale soltanto dopo l’espulsione del prodotto o l’inizio dell’emorragia. Tutte le donne sanno che nel caso in cui l’aborto è stato provocato non bisogna mai comunicarlo al personale sanitario. Il rischio è incorrere in una denuncia per aborto illegale da parte del personale medico e, in seguito, essere sottoposte a un processo che può risultare in due diverse tipologie di pena: l’arresto per un periodo di tempo variabile (a seconda delle circostanze) oppure il ricovero coatto all’interno di un’istituzione psichiatrica per essere sottoposte al trattamento medico ritenuto necessario. In Messico, le istituzioni psichiatriche sono manicomi chiusi, più somiglianti a delle prigioni che a delle strutture di cura. Seguendo questa linea, appare evidente come, a livello locale, le donne che abortiscono siano considerate delle criminali o, nei migliori dei casi, delle malate psichiatriche, in ogni caso delle devianti da correggere, per aver compiuto la scelta sbagliata.

In questo panorama è molto difficile incontrare una donna che ammetta di aver abortito, anche a distanza di tempo dall’evento. Un giorno, però, in maniera assolutamente casuale ed inaspettata ho avuto modo di conoscere l’esperienza di una ragazza ricoverata per un aborto provocato. Le circostanze di questo incontro hanno fatto in modo che in nessun momento la donna abbia apertamente ammesso di aver provocato l’aborto; con la diretta interessata ho

avuto modo di parlare ma si è comportata con me come se fosse stato un aborto naturale: la persona che mi ha raccontato come i fatti si sono realmente svolti è stata sua madre.

Mentre sono nella stanza di Elide e di Martha entra una signora che cerca informazioni sulla figlia, ricoverata la sera del giorno precedente per un aborto spontaneo. La ragazza non è stata ricoverata in reparto perché, come sempre avviene in questi casi, è restata in osservazione per un periodo limitato di tempo all'interno dell'area chirurgica del servizio di ginecologia. Martha spiega alla signora che sua figlia non è stata ricoverata in reparto, che deve scendere al primo piano e chiedere alle infermiere della sala chirurgica: sicuramente è ancora in osservazione.

La signora, che è molto agitata e non sa bene come comportarsi, continua a insistere con le assistenti sociali perché dice di essere molto preoccupata per le condizioni di salute della figlia e vuole assolutamente parlare con un medico perché deve spiegargli che cosa è successo. Resto un po' stupita da quella che mi sembra una reazione troppo esagerata per un raschiamento da aborto naturale nelle prime settimane di gestazione, ma mi fermo a parlare con la signora. Mi spiega che ha parlato con i medici il giorno prima, l'hanno rassicurata che non c'era nessun tipo di problema, avrebbero sottoposto la ragazza ad un raschiamento in mattinata e poi l'avrebbero dimessa. La signora era preoccupata perché la mattinata era passata e nessuno le aveva comunicato nulla. Le spiego che, a seconda del carico di lavoro, i tempi di attesa per ricevere l'assistenza medica possono essere più lunghi di quelli previsti.

Allora la signora inizia a raccontarmi che lei non sapeva della gravidanza, l'ha scoperta soltanto il giorno prima quando la ragazza si è sentita male. Aveva iniziato ad avere qualche dubbio perché vedeva che la figlia era sempre stanca, dormiva molte ore al giorno, mi dice che si era molto raccomandata di utilizzare qualche metodo per non restare incinta.

La ragazza ha diciannove anni, il suo fidanzato venticinque, la signora era consapevole che sua figlia avrebbe avuto relazioni sessuali con il ragazzo e si era sempre molto raccomandata sulla necessità di prendere precauzioni.

A causa dei dubbi che nutriva, la signora chiedeva continuamente a sua figlia se avesse le mestruazioni regolari e lei le aveva sempre detto di sì, ma in fondo la signora era sempre rimasta con il dubbio di una possibile gravidanza. Il giorno prima la ragazza si era sentita male mentre era sotto la doccia, aveva iniziato a sentire dolori fortissimi all'addome, come coliche o contrazioni, e aveva chiamato sua madre perché l'aiutasse. Aveva perdite di sangue ed aveva espulso il feto nella tazza del bagno, la signora l'aveva visto, era formato, era grande, secondo lei sua figlia era almeno al terzo mese di gravidanza. A quel punto visto che

le perdite di sangue non diminuivano la signora aveva chiamato un'ambulanza e la ragazza era stata portata in ospedale.

Continua a insistere che vuole parlare con il medico, perché deve assolutamente chiarire con il medico che cosa è successo. Mi dice: "C'è una cosa che mi sta dando molto fastidio, ti faccio vedere, così ti rendi conto che non è una bugia. Ho controllato tra le cose di mia figlia e ho scoperto alcune cose e adesso te le faccio vedere"²¹⁸. Prende dalla borsa un portamonete, dal quale tira fuori un blister di tre pastiglie, vuoto, e un foglietto scritto a mano che dice di assumere due pastiglie con l'acqua e dopo due ore anche la terza. Mi mostra tutto, mi accorgo che si tratta di un blister di Cytotec ma non dico nulla. La signora continua: "Perché sento che non ne posso più, credo che le abbia comprate il fidanzato, erano delle pillole, le ha comprate e poi l'ha obbligata a prenderle, guardale, guardale bene. Perché io ho guardato in tutte le sue cose e poi infatti le ho trovate, perché lo sapevo, non appena è uscita mia figlia di casa con l'ambulanza ho iniziato a cercare tra le sue cose perché sapevo che non poteva essere normale. Quello che dico io è che un aborto in questo modo non è normale, io le conosco queste cose, ho avuto quattro figli, sono rimasta incinta quattro volte, ho camminato molto e non mi è mai successo niente. Vedi, tutte e tre le ha dovute prendere perché succedesse"²¹⁹.

Le chiedo come mai non abbia detto niente ai medici dall'inizio e mi risponde che aveva paura che potessero rimproverare sua figlia o che potessero esserci problemi per quello che aveva fatto. Adesso teme che aver assunto il farmaco possa pregiudicare le condizioni di salute della figlia e non vuole correre questo rischio. Mi dice che non sa che cosa fare perché la figlia potrebbe correre dei rischi diversi in entrambi i casi, mi chiede un consiglio e mi dice che secondo lei è stato il ragazzo a comprare le pillole, sua figlia non ha un lavoro, non ha soldi per permettersi delle spese così alte. Ritene che il ragazzo sia il responsabile di tutto e dice che se dovesse succedere qualcosa alla ragazza suo marito lo potrebbe anche uccidere.

"Avrebbe potuto uccidersi, questo non è un gioco, se succede qualcosa io lo denuncio, lo faccio andare in carcere perché questo non è un gioco. Per me è un delitto, per me è assassinare qualcuno, è male abortire, non si deve fare, era grande la creatura. Non si fanno queste cose, se Dio ha voluto darle un bambino non si fanno queste cose, che succede se adesso non ne potrà più avere dopo questa cosa? Non va bene, io non sono d'accordo e sto pensando e ripensando e non so che cosa fare"²²⁰.

La tranquillizzo e le dico che sicuramente non è successo niente, le dico che possiamo scendere insieme e che vado io a vedere come sta sua figlia e la informo. Scendiamo insieme

²¹⁸ Appunti del diario di campo del 10/06/12.

²¹⁹ Appunti del diario di campo del 10/06/12.

²²⁰ Appunti del diario di campo del 10/06/12.

al primo piano, entro dove sono ricoverate le pazienti in osservazione post-chirurgica e chiedo della ragazza: è sveglia, da poco è stata sottoposta al raschiamento, non ci sono state complicazioni. Le chiedo come mai sia ricoverata e mi dice che ha avuto un aborto spontaneo e che adesso è tutto a posto, niente di più. Esco e cerco la signora per comunicarle che sua figlia sta bene, ma non la trovo. Penso che probabilmente si sia spaventata per avermi fatto vedere le pillole e, non sapendo come comportarsi, sia andata via.

Il caso di questa ragazza è rappresentativo della “normale” gestione di un aborto provocato in maniera volontaria dalla donna. Si utilizza il Cytotec²²¹ e poi ci si rivolge alle strutture ospedaliere per essere sottoposte a un raschiamento, senza mai avvisare il personale medico dell’assunzione del farmaco. Le donne in queste circostanze si sottopongono a un alto livello di tensione emotiva provocato sia dalla paura di poter incorrere in complicazioni dal punto di vista della salute - l’emorragia dipende dai singoli casi e dalla settimana di gestazione, i dolori anche -; sia dal timore di poter avere problemi di ordine legale al momento del ricovero in ospedale.

I casi in cui le donne vengono denunciate da parte del personale medico sono rari, ciò avviene solo quando c’è una chiara ammissione da parte della paziente. Il personale medico, anche quando si rende conto di avere davanti una paziente il cui aborto è stato volontario, non ha nessun interesse a sporgere denuncia nei suoi confronti: da una parte non ha nessuna prova tangibile per dimostrare la sua posizione, dall’altra non ha nessun interesse ad essere inserito all’interno di un procedimento legale da cui non otterrebbe nessun beneficio. Non esiste una chiara regolamentazione giuridica a questo proposito: al medico viene richiesto di denunciare la paziente nei casi in cui è evidente che l’aborto sia stato provocato, allo stesso tempo i medici sono chiamati a rispettare il segreto professionale inerente il rapporto medico-paziente. Si pone una sorte di conflitto morale in queste circostanze a cui ognuno risponde nel modo che personalmente e professionalmente ritiene più appropriato²²².

In questa circostanza la ragazza che ho incontrato ha utilizzato il metodo maggiormente diffuso oggi a Mérida, in tutto il Messico e, in generale, in tutti gli stati dell’America Latina. L’aborto viene provocato utilizzato tre pastiglie di Cytotec, il cui principale principio attivo è il misoprostolo. Si tratta di un farmaco che è commercializzato per curare l’ulcera ma che ha tra le sue controindicazioni quella di provocare l’interruzione della gravidanza. Questo farmaco è venduto in ogni farmacia, in teoria è necessario presentare una prescrizione medica

²²¹ Farmaco commercializzato per curare l’ulcera, tra i suoi effetti collaterali esso risulta essere abortivo.

²²² Durante i mesi della mia ricerca non mi sono mai confrontata direttamente con nessun caso di questo tipo. Nello stesso periodo, si sono verificati all’interno di altre strutture ospedaliere della città tre casi di ragazze denunciate da parte del personale medico per essersi provocate l’aborto. In ognuno di questi casi c’era stata l’ammissione da parte della paziente di aver utilizzato il Cytotec.

al momento dell'acquisto ma nella maggior parte dei casi essa non viene richiesta. In Messico, in generale, sono rarissimi i casi in cui i farmaci vengono venduti dietro prescrizione medica.

Il prezzo di una confezione di Cytotec è proibitivo; a seconda della farmacia a cui si fa riferimento esso può variare da un minimo di 2000 pesos ad un massimo di 3000 pesos. Ogni scatola contiene 12 pastiglie. Ogni confezione, oltre ad essere molto costosa, contiene un numero di pastiglie di gran lunga superiore a quello necessario per interrompere la gravidanza. Per questo motivo, oggi il mezzo più utilizzato dalle donne per accedere a questo farmaco è internet.

La maggior parte delle donne, dalle adolescenti a quelle più adulte, ha oggi la possibilità di accedere a un ampio spettro di informazioni che passa soprattutto attraverso la rete internet. È nello spazio digitale che si possono trovare informazioni sull'utilizzo del misoprostolo e, soprattutto, che esso diventa accessibile per le persone, seguendo modalità più economiche e spesso meno rischiose da un punto di vista legale. Esiste a livello mondiale una sviluppata rete virtuale di commercio del Cytotec, che fornisce il farmaco e tutte le informazioni necessarie al suo utilizzo: modalità di assunzione, posologia, effetti. Su internet c'è la possibilità di acquistare esclusivamente il numero di pastiglie di cui si ha bisogno, investendo una cifra di gran lunga inferiore a quella richiesta dall'acquisto di una confezione di Cytotec in farmacia. Le pillole arrivano direttamente a casa e, nel caso in cui non vengano utilizzate o si decida di acquistarne un numero superiore a quello necessario, la rimanenza può essere rivenduta all'interno degli stessi canali.

Tutte le informazioni legate a questa specifica "pratica abortiva" sono facilmente reperibili e, nella maggior parte dei casi, è la controparte maschile della coppia che si occupa di procurarsi il farmaco: spesso gli uomini hanno una disponibilità economica maggiore rispetto alle donne e non corrono nessun rischio dal punto di vista legale. Il problema che si pone è legato alla natura clandestina di questa pratica: pur avendo accesso a una serie di informazioni, le indicazioni che vengono fornite sono generiche e soprattutto sono valide quando si rispettano determinante tempistiche della gestazione e determinate modalità di somministrazione. Se le indicazioni non vengono seguite in maniera corretta i rischi di complicazioni sono alti.

Le donne che scelgono di ricorrere a questo tipo di "pratica abortiva" non sempre seguono le indicazioni in maniera corretta. Spesso l'utilizzo di questo farmaco è pensato dalle donne come una possibilità estrema a cui ricorrere: si tratta di una prova che viene fatta, si corre il rischio, se funziona il problema della gravidanza è stato eliminato, se non funziona si affronteranno le conseguenze di questa "prova". Quando tale pratica non risulta efficace, si

prosegue con la gravidanza, temendo sempre che il tentativo inefficace di abortire possa avere conseguenze sullo sviluppo fetale.

7.4 L'aborto: opzioni e scelte impossibili

Lo spazio sociale all'interno del quale ho avuto maggiore possibilità di parlare di aborto con le donne è stato quello gestito dall'associazione del Movimento per la Vita²²³.

Molte delle donne che ho incontrato dentro la casa hanno avuto a che fare con l'aborto: la maggior parte di loro ha pensato all'aborto come a una possibile opzione, subito dopo aver scoperto di essere incinta. Per quasi tutte, abortire è stato il primo pensiero, la "prima cosa che ti viene in mente". Le donne che hanno alle spalle un tentativo fallito di interrompere la gravidanza spesso scelgono poi di dare il bambino in adozione. Esiste un legame diretto tra queste due "scelte"²²⁴. Entrambe sono difficili, entrambe richiedono un certo grado di consapevolezza, entrambe sono vissute come strategie di riparazione a un "errore". Entrambe si inscrivono all'interno di un determinato "ordine e mondo morale"²²⁵, individuale e collettivo, locale e globale.

L'interruzione della gravidanza e l'adozione, nelle traiettorie biografiche delle donne, rientrano in quella che definirei nei termini di "categoria morale della scelta": la prima è quasi impossibile; la seconda è praticabile, accessibile. Queste scelte, che comportano il non seguire l'ordine "naturale" degli eventi, richiedono alle donne la continua definizione e ricerca di nuove strategie di vita quotidiana.

Adriana ha venti anni e ha dato il suo bambino in adozione. Ha provato ad abortire in diverse occasioni, ha preso diversi tipi di medicine, come le iniezioni di *metrigen*, anche se non sa bene di che cosa si tratti; ha utilizzato anche "rimedi popolari", come l'acqua di cocco, noti alle levatrici. Il *metrigen* è un farmaco iniettabile che viene utilizzato in Messico per regolarizzare il ciclo mestruale, non ha nessuna efficacia provata come farmaco abortivo.

Quando Adriana si è resa conto che nessuno di questi tentativi aveva provocato il risultato sperato, si è rivolta ad un medico per interrompere la gravidanza. Anche questa ipotesi, però, non si è rivelata praticabile, in primo luogo perché troppo costosa, ma anche perché il medico aveva richiesto la presenza di una terza persona che accompagnasse la donna il giorno del

²²³ Ne parlerò nei prossimi capitoli (8 e 9).

²²⁴ In che modo si definisca questo legame e come l'adozione possa diventare una soluzione reale per la risoluzione delle difficoltà poste da una gravidanza non desiderata sono temi che tratterò all'interno dei prossimi capitoli (8 e 9).

²²⁵ Riferimenti teorici: Das (1999); Fassin (2012); Kleinman (1999).

raschiamento e, in caso di complicazioni, la conducesse in ospedale. Adriana avrebbe dovuto chiedere a sua madre di accompagnarla ma, in quel momento, la signora ancora non sapeva della gravidanza della figlia. La richiesta economica era di quindici mila *pesos*: una cifra che Adriana non avrebbe mai potuto pagare.

Mi racconta che una sua amica le aveva detto di utilizzare alcune pastiglie, il Cytotec, comunemente utilizzate per provocare un aborto. Il prezzo, tuttavia, era risultato eccessivamente elevato. Aveva, quindi, cercato di comprare due/tre pastiglie tramite internet. Adriana aveva inserito i propri dati in diverse pagine ma non aveva mai ricevuto risposta.

Nel frattempo il tempo era passato e la donna era arrivata al terzo mese di gravidanza. A quel punto, l'unica opzione reale era quella di rivolgersi al medico. Era riuscita a fare abbassare il prezzo dell'intervento a settemila *pesos* ma restava il problema di trovare qualcuno che si prendesse la responsabilità di accompagnarla. Sua madre non solo si sarebbe arrabbiata, ma ovviamente non sarebbe andata con lei.

Mi racconta che non aveva riflettuto molto su quello che stava facendo, se stava facendo bene o male. Sapeva che era rischioso, che potevano succedere diverse cose e che poteva anche perdere la vita, però era disperata in quel momento e non si preoccupava di misurare le conseguenze delle sue azioni. Mi dice che sapeva di non voler il bambino e pensava soltanto a come fare per non averlo, mi racconta di un sogno che aveva fatto da pochi giorni. Nel sogno andava ad abortire accompagnata da sua madre, in un posto orribile, uno scantinato, dove c'erano diversi medici e alcune infermiere. Era un posto orribile e c'erano due donne distese a letto. Il medico le diceva di cambiarsi così avrebbero potuto iniziare con l'operazione. A quel punto lei si era svegliata, con un senso di paura e di orrore addosso.

Mi dice che dopo il sogno aveva pensato che se avesse abortito realmente, questo l'avrebbe segnata indelebilmente “per tutta la questione che esiste su questo tema”, mi dice.

“Molte volte si abortisce perché è necessario, molte volte per esempio sei incinta ma non hai un feto o un bebè, c'è solo sangue o non so bene che cos'è. Io credo che sia una decisione che dipende da ognuno, per me non è una cosa che debba essere proibita, ognuno deve decidere per se stesso. L'aborto è illegale, tu corri molti rischi e anche la persona che ti accompagna è responsabile per te se ci sono complicazioni. Anche lei corre il rischio di andare in carcere. E insomma non ha molto senso correre tutti questi rischi”²²⁶.

²²⁶ “Es que muchas veces puede ser que si se hace, pero cuando es necesario por ejemplo según tu estas embarazada pero no tienes un feto o un bebé si no sangre, o que se yo, y si tiene que practicar esto pero ya después es cuestión de cada quien. Yo no lo veo como algo que se tenga que prohibir si no que cada quien decide. El aborto es ilegal y tienes muchos riesgos y la persona que está contigo también, se puede ir a la cárcel si hay complicaciones. Yo no le veo mucho sentido correr tantos riesgos” [Entrevista 10/08/12].

La paura per la propria salute e per la propria vita e il timore dei rischi legali sono le principali motivazioni che portano le donne a desistere dal tentativo di abortire.

Lupe ha diciannove anni e ha dato il suo bambino in adozione, mi dice: “È la prima cosa che pensi, proprio la prima che ti viene in mente è che puoi abortire poi ti rendi conto che è una sciocchezza per tanti motivi, prima cosa non lo puoi fare soprattutto se il bebè è formato e la gravidanza è già avanzata. Non lo puoi fare perché è una vita. E poi, anche se rientri nei tempi, lo puoi fare a Città del Messico, non qua, qua ti arrestano se ti scoprono. Quindi alla fine meglio di no, è troppo rischioso. Meglio che nasca, dargli una possibilità di stare con qualcuno che lo possa crescere. Se lo dai in adozione problema risolto, sta bene lui e sto bene io e stiamo bene tutti”²²⁷.

Lupe ha pensato di abortire e ha iniziato a mettere da parte i soldi per andare a Città del Messico, ed evitare in questo modo qualsiasi tipo di rischio. “Puoi anche abortire con il Cytotec. Io queste cose le conoscevo, poi mi sono messa a controllare la legge e niente, a Città del Messico si può fare ed è legale, negli altri stati non è legale ma lo puoi fare se ci sono delle condizioni particolari come per esempio una violenza sessuale. Il fatto è che io non volevo rischiare che potesse succedere qualcosa, allora ho messo da parte i soldi per andare a Città del Messico. Ma poi mi è venuto il rimorso e ho deciso di non farlo. Mi è venuto il rimorso perché alla fine era come un omicidio, perché dicono che dal momento della concezione è una vita. Cioè c'è la vita da subito e se è così allora è come uccidere. Io non lo so se è così, non lo so com'è, però sia come sia è sempre un bebè e quindi lo ammazzi e io non potrei ammazzare nessuno. Sono cattiva, faccio cose cattive, non vado a messa e non sono cattolica, cioè lo ero quando ero piccola però poi per pigrizia ho smesso. Ho fatto molte cose cattive, ubriacarmi, drogarmi, tatuarmi, comportarmi male con mio padre, molte, ma uccidere un bambino non avrei potuto farlo”²²⁸.

Per due delle tre gravidanze di Jasmin, che ha venti anni e ha dato il suo bambino in adozione, l'aborto è stata la prima opzione. La prima volta, avrebbe voluto abortire quando aveva quattordici anni. In quel caso mi racconta che sua madre l'avrebbe accompagnata da “una signora che fa' cose cattive ai neonati”. Ma qualche tempo prima sua sorella aveva abortito

²²⁷ “Lo primero que se te cruza por la cabeza es abortar, pero luego te das cuenta que es una tontería, y no puedes hacerlo, sobre todo si esta ya formado el bebè, no lo puedes hacer, es un vida. A parte que pude haberlo hecho pero en el DF, aca no, aca me meten a la cárcel si pasa algo. Pero no, mejor no. Es demasiado riesgo. Mejor nazca y darle una oportunidad de estar con alguien que lo pueda cuidar. Si lo doy problema resuelto, esta bien el, estoy bien yo, y estamos bien todos” [Intervista 29/09/13].

²²⁸ “Hay muchas maneras para hacerlo, con el Cytotec o te vas al DF, ahi es legale me he puesto a revisar la ley. Habia empezado a guardar dinero para irme pero luego me he arrepentido y no queria que pasara nada. No se, es que dicen que hay la vida desde el principio, yo no lo se pero ei es así pues estas matando a alguien y no quiero. Soy católica dentro de lo que cabe. He hecho muchas cosas malas de las que yo voy a hacer. He hecho muchas cosas malas, como tatuarme, no debo tomar, no debo portarme mal con mis padres. Estoy tatuada, estoy borracha. Tenia perforaciones pero me las quitè” [Intervista 29/09/13].

utilizzando il Cytotec e, non avendo l'assicurazione sanitaria e neanche i soldi per pagare il ricovero in ospedale, i medici si erano molto insospettiti e avevano iniziato a farle molte domande su come si fosse verificato l'aborto. Mi racconta che la sorella era stata molto male, "stava quasi morendo per dissanguamento", poi sua madre era riuscita a trovare i soldi per pagare le cure mediche e dopo essere stata ricoverata per quasi due mesi la ragazza era tornata a stare bene. Mi dice che sua sorella non aveva detto di queste pastiglie che aveva preso per abortire fino a quando non aveva temuto di morire. Le aveva comprate il suo ragazzo e lei le aveva prese, ma non sapeva che sarebbe stato così rischioso. Jasmin mi dice che quando era successa questa cosa lei era ancora piccola. Sua madre si era molto spaventata in quell'occasione e quando anche Jasmin è rimasta incinta ha preferito non farle correre gli stessi rischi. Mi dice: "Certo, non mi ha portato ad abortire perché aveva paura ma continuava a picchiarmi tutti i giorni"²²⁹.

Jasmin ha pensato di abortire anche per questa gravidanza. Quando si è resa conto di essere incinta, non avendo soldi per abortire, ha pensato che se avesse iniziato a prendere tutte le medicine che trovava, anche quelle che trovava per strada scadute, sarebbe successo naturalmente. Mi dice: "Ho ingoiato per un mese tutte le pastiglie che trovavo, ovunque. Ma niente, non è successo niente"²³⁰.

Shirley ha quindici anni e invece ha provato ad abortire e ha preso il farmaco giusto per farlo: le famose pastiglie di Cytotec. Neanche queste, però, sono state efficaci. Sua madre le aveva comprate perché all'inizio della sua ultima gravidanza aveva deciso di abortire. La madre non le aveva utilizzate perché aveva cambiato idea, ma aveva spiegato a Shirley a cosa servissero. Lei, allora, le aveva rubate di nascosto e ne aveva prese due ma non si era sentita male, o comunque le pastiglie non avevano avuto l'effetto sperato. Mi dice che si era sentita molto male, molte coliche, ma niente di più: non aveva espulso niente e il bambino era rimasto lì, "attaccato dov'era". Sua madre l'ha rimproverata tantissimo, soprattutto perché il rischio che ci fossero delle complicazioni era grande e lei sarebbe anche potuta morire dissanguata.

Mentre mi racconta questa cosa, quando ormai non ci sono più possibilità di abortire perché i tempi della gravidanza sono molto avanzati, mi chiede: "Ma secondo te perché non hanno funzionato? Tutti dicono che ne devi prendere due, che poi un'altra te la puoi infilare in vagina, se non funzionano le due, ma che non serve quasi mai. Ma perché non hanno funzionato, tu lo sai?"²³¹. Io le ho spiegato che non sapevo bene che cosa era successo, il

²²⁹ "Claro que no me ha llevado pero luego me pegaba todos los días" [Intervista 4/05/13].

²³⁰ "Me he tomado todo lo que encontraba, todo, pero nada, no ha pasado nada" [Intervista 4/05/13].

²³¹ "Tu que crees porque no ha servido? dicen que nada mas dos, te le tienes que poner y luego otra, si no sirven. Pero no funcionò, porque?" [Intervista 18/09/12].

farmaco effettivamente ha una percentuale di efficacia altissima in questi casi. E lei mi dice, un po' sconsolata: "Io proprio non lo volevo e anche così me lo devo tenere, magari adesso ha anche qualche problema e si è formato male [il feto], che faccio?!"²³².

Mentre Shirley non è cattolica e non ha mai avuto un'educazione cattolica, Cristina ha ventidue anni invece sin da piccola ha frequentato la chiesa e per alcuni anni è stata anche catechista. Quando le chiedo qual è stata la sua prima reazione alla scoperta della gravidanza, Cristina mi dice: "Io ho pensato di abortire. [...] Quando mi sono accorta di essere incinta dovevo tornare all'università. Ho detto di essere incinta ad un amico di infanzia e lui era molto felice per questa notizia e poi l'ho detto anche ad un'altra amica. Lei mi ha chiesto che cosa volevo fare e mi ha detto che se avevo bisogno di soldi lei mi avrebbe aiutata, mi ha detto che dovevo decidere io, ma che per qualsiasi cosa lei mi poteva aiutare. E allora ho iniziato a pensare. Ho avuto molti dubbi, all'inizio ho pensato di abortire, quando l'ho detto al mio fidanzato lui mi ha detto di non farlo perché altrimenti mi sarei pentita. [...] Poi ne ho parlato con una mia amica lei ha la mia stessa età, è un'amica con cui esco sempre, facciamo molte cose insieme, lei era rimasta incinta e ha deciso di abortire. Sua madre l'ha accompagnata ad abortire, aveva 18 anni e lei è contenta perché ogni volta mi dice che se non avesse deciso di abortire non avrebbe fatto molte cose e non avrebbe potuto avere la vita che ha..."²³³.

Cristina mi racconta che è stata educata, sin da piccola, ad andare in chiesa e ed è stata cresciuta all'interno di una famiglia molto religiosa, dunque non avrebbe mai potuto abortire; se è rimasta incinta deve esserci un motivo: forse è un dono che le è stato mandato. Mi spiega che ha sempre interpretato in questo modo tutto quello che le succede nella vita, mi dice che è un po' pazza, che le piace molto divertirsi ma che crede molto in Dio.

Sposando a pieno la visione cattolica dell'aborto, Cristina pensa che esso sia un omicidio e un peccato mortale e che, dal momento della procreazione, quella che porti dentro ed è parte di te sia una vita. Quando le chiedo se lei sia favorevole alla legalizzazione dell'aborto mi risponde: "Io penso di no, però è vero anche che ci si dovrebbe mettere al posto di queste persone che decidono di abortire e non è semplice. A volte sono persone che non hanno niente, che non possono fare diversamente, a volte sono donne che sono state violentate. Se ti

²³² "Yo no lo quería y ahora me lo tengo que quedar, y si tiene algun problema y no se ha formado bien, que hago?" [Intervista 18/09/12].

²³³ "Yo habia pensado de abortar [...] Cuando me cayo el veinte tenia que regresar a la universidad. Lo dije a un amigo de muchos anos y el se puso muy feliz y luego lo dije a una amiga. Elle me diho que queria hacer y se necesitaba de dinero me lo podia prestar, ella es de dinero. Pero me dijo que tenia que decidir yo. Y me lo he pensado y no. Cuando lo dije a este chamaco me dijo que no lo abortara que le me iba a poyar y todo y que luego me iba a arepentir [...] He habaldo con otra amiga que tiene mi edad, salimos juntas y todo, ella se quedo embarazada y lo abortò. Tenia 18 anos y su mama la llevo a una clinica y ella siempre dice que si no hubiera abortado no hubiera podido hacer muchas cosas y tener la vida que tiene..." [Intervista 21/06/12].

violentano credo che debba essere molto traumatico avere un bambino che ti ricorda sempre quello che ti è successo, anche se poi il bambino non ha la colpa di niente, a prescindere da tutto. In questo io credo che sia giusto dare i bambini in adozione, se non lo vuoi tenere, lo fai nascere e poi lo dai in adozione. Ci sono molte famiglie che vogliono bambini e non possono averli”²³⁴.

Claudia ha ventisei anni invece non è cattolica, ha iniziato da quando vive dentro la casa ad interessarsi di più al tema della religione. Legge la Bibbia, crede in Dio. Pensa che l’aborto sia un delitto e non è d’accordo sulla possibilità di legalizzarlo. La legalizzazione sarebbe un modo per facilitare il ricorso alla pratica. “È un delitto ammazzare un bebè, in nessun momento lui ha chiesto di essere portato alla vita. Quella è una conseguenza delle tue azioni, tu l’hai facilitato e poi non lo puoi uccidere. Per me è più semplice vivere con la consapevolezza di averlo dato a qualcuno che lo può crescere con amore e con tutto, piuttosto che pensare di averlo ucciso e che invece sarebbe potuto diventare qualche altra cosa”²³⁵.

Pur pensando che abortire sia un atto in qualche modo spregevole, mi dice che anche lei quando ha scoperto di essere incinta ha pensato a questa possibilità. “Penso che sia il primo pensiero non solo mio, ma di milioni di donne. Credo che sia il primo pensiero di migliaia di donne che restano incinte, poi magari resta solo un pensiero. Per me è stato il primo pensiero poi non l’ho fatto, forse perché non avrei mai potuto farlo, perché alla fine quello che penso è che è un po’ come assassinare qualcuno ed io non sono un’assassina”²³⁶.

Anche Claudia, come tutte le donne che ho incontrato, conosce il Cytotec e me ne parla come il metodo più utilizzato. Mi spiega tutto nei minimi dettagli: “Il modo più comune che conosciamo qui in Messico per abortire sono le famose pastiglie di Cytotec, non so se nel resto del mondo sono conosciute tanto come in Messico, perché qua se sei in farmacia e senti qualcuno che chiede di comprare il Cytotec sai già per che cosa lo deve usare. Ormai si può comprare anche su internet e nessuno ti dice niente. [...] In farmacia devi avere la ricetta, cioè così dovrebbe essere ma poi alla fine c’è così tanta corruzione, ad ogni livello, che anche in

²³⁴ “Yo creo que no, pero tambien hay poners en lugar de las personas que deciden de abortar, no es facil. A veces son personas que no tienen nada, che no pueden hacer otra cosa, han sido violadas. Si te violan tiene que ser muy traumatico luego tener un hijo que siempre te recuerda lo que ha pasado. Pues el no tiene la culpa. Se pueden dar en adopcion es justo, si no lo quieres lo traes y luego lo das. Hay muchas familias que no pueden tener hijos” [Intervista 21/06/12].

²³⁵ “Es un delito matar a un bebè, estas matando a otro, en ningún momento el dijo quiero. Fue una consecuencias de tus actos, tu lo propiciaste. Es mas fácil para mi vivir sabiendo con una familia, con el amor, con lo emocional y lo económico que no le puedo dar. A pensar que yo lo maté, que pude haber sido esto y el otro” [Intervista 28/09/13].

²³⁶ “Yo creo que fue el primer pensamiento, no solo mio, yo creo de miles de mujeres que es un primer pensamiento pero se queda en pensamiento porque yo... fue el mio, pero luego es como matar alguien y yo no soy un asesina” [Intervista 28/09/13].

farmacia se hai soldi, visto che costano molto, te le vendono ugualmente. Io ho un'amica che lo utilizza perché ha problemi di ulcera e lei ogni volta deve comprare una scatola ed è molto cara, come 2000 o 2500 pesos. A lei per esempio credo che la compri direttamente l'assicurazione medica ma quando la devi utilizzare per altri scopi la devi pagare. [...] Io, per esempio, conosco una signora che ha utilizzato il Cytotec e dopo qualche mese è rimasta incinta e l'ha utilizzato di nuovo, perché una volta che hai comprato una scatola e sai come funziona allora lo puoi utilizzare molte volte. Io non sono d'accordo, ci sono donne che abortiscono anche quattro, cinque volte di seguito, non gli interessa, non si preoccupano neanche dei danni che stanno facendo al loro corpo. Molte donne lo fanno [abortire] come se fosse qualcosa di normale, io non sono d'accordo, con tutti i metodi che ci sono per non restare incinta che senso ha?"²³⁷.

È curioso che Claudia, pur essendo rimasta incinta per "errore", sia così critica nei confronti delle donne che sperimentano la sua stessa situazione esistenziale. Come lei molte donne, però, assumono questo stesso tipo di atteggiamento che richiama un forte giudizio morale, neanche troppo implicito.

7.5 I "rischi" e lo "stigma" dell'aborto

Esiste, a livello del contesto sociale, politico e culturale locale, una sorta di rifiuto condiviso e generalizzato nei confronti dell'interruzione della gravidanza. L'aborto è pensato come un peccato, un omicidio, un reato. Tali definizioni si inscrivono nel panorama religioso, morale e legale in cui le persone che ho incontrato durante la mia ricerca vivono quotidianamente e da

²³⁷ "La manera mas común que aquí en Mexico conocemos, son las famosas pastillas cytotec, no se si en el resto del mundo las conocen como aquí en Mexico, porque aquí en Mexico escuchas alguien que va a pedir una cytotec sabes ya para que le sirve. Esto es en la farmacia, luego realmente ni sabemos muy bien como funciona. Yo se que es para ulcers gástricas y le encontraron este otro uso y es el único que conozco. Ahí en Tulum dicen que tal doctor y tal lugar... pero como nunca me he interesado no he averiguado. Las pastillas conozco personas que cada tres o cuatro meses lo están haciendo. Yo conozco a una persona que tuvo a su bebe y a los 4 meses de tener a su bebe aborto a uno y tres meses después aborto otro, y un año después otro. Porque además cuando compras una caja ya la tienes. Pero tan fácil es cuidarte, que te gusto hacer esto? osea hay tantos métodos, hay muchas formas no solo una. Para que todo el tiempo te estes embarazando. Pero te lo dicen así como que fuera algo normal. Pero no es normal para mi. Tengo entendido que tienes que tener una receta pero estas de acuerdo que hay mucha corrupción y entonces también si sabes como comprarlas te la venden sueltas también. No quiero hablar mal de mi país pero así están las cosas. Y se que son muy caras porque tengo un amiga que tiene ulcers y siempre las anda tomando y me dijo que una caja de 18 o 20 es como casi 2000 o 2500 cuesta, me lo dijo hace cinco años. Porque me dijo que ella me podía prestar sus pastillas así. Es cara no la consigues, luego ella como tiene su receta se las compran. Pero como la utiliza de otra manera tienes que saber donde comprarla y donde encontrarlas sueltas" [Entrevista 28/09/13]

cui non possono prescindere nella costruzione dei loro percorsi di vita. La prima e più immediata reazione al pensiero di abortire è quasi sempre la stessa: “Io non lo potrei mai fare”.

La maggior parte delle donne non conosce esattamente che cosa comporti un aborto da un punto di vista fisico e non conosce quali sono le indicazioni giuridiche che definiscono la possibilità o meno di accedere a questa pratica. Quasi tutte sanno che a Città del Messico l’aborto è legale, ma anche che nel resto del paese esistono pene e sanzioni per coloro che vi si sottopongono.

Le donne sono spaventate dall’aborto, dai “rischi” che esso comporta, sia dal punto di vista medico, sia dal punto di vista legale. Spesso tutte queste paure sono legate alla mancanza di informazioni chiare, esaustive e veritiere sia sugli aspetti legali che su quelli medici. Inoltre è proprio a causa di questa informazione confusa che la maggior parte nutre grossi timori rispetto allo sviluppo embrionale. La paura più grande è che le azioni inefficaci che hanno compiuto nel tentativo di interrompere la gravidanza abbiano conseguenze negative sullo sviluppo del feto e che quindi il bambino possa nascere con gravi problemi di salute.

Le paure, i timori, la mancanza di informazione, sono tutti elementi che contribuiscono ad alimentare un “senso di colpa” ampiamente condiviso e connesso alla decisione, alla possibilità o anche solo al pensiero di aver, in qualche momento della gestazione, creduto che l’aborto, e quindi un peccato ed un omicidio, potesse essere la soluzione migliore.

Le donne che hanno pensato e provato ad abortire ne parlano proprio in virtù del fatto che il tentativo non è andato a buon fine. Come mostrano le storie delle donne che ho presentato, spesso il primo pensiero e la prima soluzione per una gravidanza non desiderata e non pianificata è l’aborto. Esse si ritrovano in situazioni in cui sono disposte a fare di tutto, a ricorrere a qualsiasi strategia nella speranza che sia efficace: tisane, medicine di ogni tipo – anche scadute –, sforzi fisici e tentativi medici più o meno validi. Nel tentativo di risolvere il problema della gravidanza, sono disposte, anche a mettere a rischio la propria salute e la propria vita. Questi tentativi lasciano trapelare una grande disperazione, una sofferenza che è personale ma anche sociale.

Le donne, quando parlano di queste esperienze, restituiscono da una parte un sottile senso di colpa e dall’altra un’idea quasi fatalistica delle vicende umane, secondo la quale se le cose devono andare in un certo modo, l’unica possibilità è adattarsi. In questo secondo tipo di atteggiamento credo che sia possibile leggere una modalità di deresponsabilizzazione nei confronti di una pratica che viene comunemente condannata e stigmatizzata. Come a dire che

alla fine quello che conta è non aver abortito, aver portato avanti la gravidanza e, nel presente, gioire del nuovo figlio che è nato o, in alternativa, di avergli dato una vita migliore.

Le donne che hanno abortito non parlano quasi mai di questa esperienza, né va della propria integrità morale e sociale. Ammettere di aver abortito implica incorrere in un meccanismo di forte stigmatizzazione sociale e in alcuni casi anche nel rischio di essere soggette a procedimenti penali. È ovvio che nessuno, né donna né uomo, ammetta con facilità e leggerezza di aver compiuto un atto illegale. Il rischio di essere soggetti alla stigmatizzazione può essere affrontato soltanto nei casi in cui esista una consapevolezza radicata del valore dell'aborto in quanto diritto fondamentale della donna come persona. Spesso però, nell'ambito della sfera definita dai diritti sessuali e riproduttivi, le donne non conoscono ciò che tali diritti implicano, per questo motivo, non rivendicano la possibilità di accedervi.

Ci sono molti elementi che accomunano la posizione delle donne che ho incontrato: pensare che il feto non abbia nessuna colpa e responsabilità, pensare che quando si decide di abortire si stia commettendo un peccato e un omicidio, che il feto sia una vita e in quanto tale goda di diritti e soprattutto debba essere tutelato.

Le condizioni “oggettive” che potrebbero rendere “accettabile” la possibilità dell'interruzione della gravidanza sono legate alla presenza di rischi per la salute, rischi medici che nella loro scientificità sono interpretati come misurabili e oggettivi, giustificano in una certa misura la “scelta”.

Come ho cercato di mostrare, anche in queste situazioni, tuttavia, l'interruzione della gravidanza è un servizio non accessibile all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. Le donne portano avanti le gravidanze nella consapevolezza che il figlio non potrà vivere e mantenendo fino alla fine una speranza di cambiamento. La gravidanza conduce a un parto che, a seconda delle condizioni fisiche della donna, può essere naturale o cesareo. Le conseguenze di queste esperienze sono emotivamente e psicologicamente devastanti per tutte le donne che ho incontrato. Spesso a queste esperienze non si dedica il giusto peso, perché si pensa che esse riguardino una minoranza delle donne e delle gravidanze. Ma non è così.

Spesso questo “trauma”²³⁸ incide sulla scelta di avere gravidanze future: la paura di potersi trovare ad affrontare di nuovo una simile esperienza è fortemente invalidante. Risulta evidente come, parlando in termini di trauma rispetto all'aborto, in determinate circostanze il trauma non è tanto quello dell'interruzione della gravidanza quanto ciò che una gravidanza

²³⁸ Il trauma come conseguenza dell'aborto, come evento dai risvolti negati che non viene mai superato all'interno delle esperienze di vita delle donne, viene utilizzato soprattutto da coloro che sono contrari a questa pratica come uno strumento per rafforzare la propria posizione. Non esistono studi scientifici che possano provare questa teoria.

problematica, spesso non desiderata, può comportare rispetto alle traiettorie di vita future delle donne, almeno dal loro punto di vista.

Le condizioni “oggettive” che potrebbero in qualche modo rendere “accettabile” la possibilità dell’interruzione della gravidanza sono legate alla presenza di rischi per la salute, rischi medici che nella loro scientificità sono interpretati come misurabili e oggettivi, giustificano in una certa misura la “scelta”.

L’aborto è rischioso non tanto perché non essendo permesso legalmente viene generalmente effettuato in condizioni insalubri e poche sicure, piuttosto perché l’aborto è rischioso “in assoluto”. Il rischio non si definisce a partire dalle condizioni strutturali e dalle determinanti contestuali quanto piuttosto da una serie di elementi che appartengono ad un ordine assoluto di idee e pratiche, mediche, morali, etiche e giuridiche.

Una maggiore comprensione delle dinamiche e delle relazioni di potere che attorno alla pratica dell’aborto si costruiscono richiederebbe, dal mio punto di vista, la necessità di ampliare la categoria di “rischio” che troppo spesso si esaurisce esclusivamente all’interno della sfera clinica e medica. Le conseguenze di un aborto clandestino investono tutti gli ambiti di vita della donna, possono incidere sulle condizioni di salute e sulle sue possibilità riproduttive e sessuali future, possono incidere sulla sfera emotiva e psicologia come esperienza “traumatica” se affrontata senza forme di sostegno economiche, politiche e sociali. Quando si ricorre all’aborto lo si fa nascondendosi, con un senso di vergogna che è proprio degli errori, delle cose che non si dovrebbero mai fare: si sta uccidendo, si sta peccando, si sta commettendo un reato. In questa prospettiva le donne raramente raggiungono un certo grado di consapevolezza di se stesse e delle scelte che stanno compiendo. Si abortisce e si cancella, ciò implica che successivamente quest’esperienza “negativa” non diventerà una possibilità per una diversa gestione della sessualità e della riproduzione. Le criticità personali, le condizioni di marginalità, la sofferenza sociale che hanno condotto ad una gravidanza indesiderata restano tali e non subiscono alcun tipo di modificazione all’interno dei percorsi di vita delle donne che ho incontrato.

Un’esperienza “difficile”, come l’aborto, spesso si esaurisce nello stigma, nel trauma e nella vergogna, quando invece potrebbe essere un’esperienza a partire dalla quale costruire traiettorie esistenziali diverse e più “sane”, intendendo la salute come una sfera articolata della vita della persona, che non incide solo sul piano fisiologico ma investe quello sociale, economico, politico ed emotivo.

Sarebbe più opportuno effettuare un’operazione di decostruzione e critica dei presupposti che definiscono il grado di rischio relativo all’aborto. La contestualizzazione e de-

essenzializzazione della pratica permetterebbe di diminuirne la portata morale e la stigmatizzazione che da essa deriva.

CAPITOLO 8

STORIE DI UNA LOTTA CORPO A CORPO: ATTIVISMO PRO-CHOICE

8.1 I Movimenti sociali in Yucatán

L'analisi delle politiche di pianificazione familiare, delle pratiche e dei saperi relativi alla contraccezione, delle strategie del “*cuidarse*” hanno chiamato in gioco all'interno della mia prospettiva di osservazione una tema importante: la possibilità o l'impossibilità dell'interruzione di gravidanza. Ho già sottolineato come l'aborto sia illegale in Messico, come esso possa essere accessibile soltanto in alcune circostanze e quanto durante i mesi della mia frequentazione delle strutture ospedaliere statali non abbia mai incontrato nessun caso in cui esso fosse praticato o offerto come possibile strategia di cura e terapia. Tuttavia, l'illegalità di una pratica non necessariamente implica la sua assenza. Le donne abortiscono anche a Mérida, e in generale in tutto lo stato dello Yucatán, seguendo strategie e traiettorie diverse, non sempre completamente illegali, spesso clandestine, quasi sempre poco sicure per le proprie condizioni di salute.

Attorno all'aborto, all'interruzione di gravidanza, al diritto di scelta, alla libertà della donna, al diritto alla vita, al diritto del feto si definiscono posizioni diverse tra loro e contrastanti, personali e collettive, che non solo in Messico, ma in tutto il mondo, portano alla definizione di due grandi movimenti sociali: Pro-Life e Pro-Choice.

Ho scelto di lavorare e di svolgere un'etnografia sul piano locale di entrambe queste forze sociali al fine di comprenderne ideologie, principi di riferimento, pratiche e politiche, azioni quotidiane con cui questi gruppi entrano in contatto con le donne, con gli uomini, con la sfera istituzionale e statale, con le istituzioni religiose di diversa ispirazione. Il mio obiettivo era capire come e quanto la presenza o l'assenza di queste forze sociali alternative, sempre in relazione con quelle istituzionali, incidessero sulle esperienze di vita quotidiana delle donne, sulle modalità di definizione dei rapporti di coppia, sulle strategie volte alla cura del corpo, della sessualità e della riproduzione e sui percorsi di costruzione della genitorialità e della famiglia.

Questa parte della mia etnografia si è definita seguendo la prospettiva analitica proposta da Faye Ginsburg con la pubblicazione, nel 1989, del testo “*Contested lives. The abortion debate in an american community*”. Si tratta di un lavoro precursore nell'ambito degli studi dell'antropologia del genere e dei movimenti sociali inerenti la riproduzione e la sessualità.

L'autrice mostra come, sebbene il conflitto sull'aborto sia chiaramente un'arena di contesa, i modelli che definiscono gli attori centrali di questo "spazio di scontro" non siano "ovvi". Le attiviste Pro-Life e quelle Pro-Choice non si distinguono nettamente sulla base di differenze etniche, economiche, lavorative e anche religiose. Si tratta di donne che, a livello locale e su entrambi i fronti della contesa, sono essenzialmente "bianche", di classe-media e con un livello medio-alto di educazione. Questo dato induce a riflettere su come le donne, anche quando appartengono alle stesse classi sociali e condividono lo stesso background culturale, raramente si definiscono e agiscono come un gruppo sociale omogeneo con interessi universali.

Secondo l'autrice si costruisce, all'interno del contesto dell'attivismo, una specifica definizione dell'essere donna. Le donne a favore dell'aborto e quelle contrarie a esso si dividono chiaramente sulla base della definizione delle "cause" e delle "soluzioni" degli effetti disuguali, per donne e uomini, dell'attività sessuale, negli Stati Uniti così come in Messico.

Nei prossimi capitoli ricostruirò le storie di questi gruppi, mettendo in evidenza come essi siano nati e come si siano formati, come abbiano acquistato nel corso del tempo una certa capacità di presa sulle dinamiche sociali, politiche, economiche e culturali a livello locale.

La controversia tra i due movimenti rivela come la battaglia sui diritti delle donne e del "feto" abbia portato l'aborto a essere un terreno di contesa che investe la riproduzione e la sessualità delle persone. Le diverse posizioni assunte all'interno di questo terreno di scontro non sono fisse, assolute e lineari, spesso sono contraddittorie, sempre sono inconciliabili tra loro.

I gruppi e i movimenti sociali che si organizzano e si definiscono, per opposizione o per affinità, rispetto all'interruzione della gravidanza, ai diritti sessuali e riproduttivi, costruiscono arene di confronto politico all'interno delle quali la posta in gioco è la definizione delle relazioni di genere, della femminilità e della genitorialità.

Attraverso l'attivismo, questi gruppi propongono un modo specifico di intendere la riproduzione e la sessualità. Le storie di vita, le esperienze e le posizioni delle persone che partecipano in maniera più o meno "attiva" ai movimenti sono al centro dell'analisi che propongo e diventano strumenti importanti per la conoscenza delle dinamiche sociali, politiche, economiche e culturali che ho osservato.

8.2 Costruire uno spazio civile per la difesa dei diritti delle donne

In Yucatàn esistono due associazioni collegate tra loro, che partecipano al Movimento Pro-Choice messicano: UNASSE e SHSSR. UNASSE sta per Unità di Assistenza Psicologica, Educativa per la Crescita Personale Sessuologica; SHSSR invece per Servizi Umanitari di Salute Sessuale e Riproduttiva.

Il movimento Pro-Choice, presente in ogni stato del paese e in tutta l'America Latina, lotta per il riconoscimento del diritto delle donne di accedere all'interruzione della gravidanza e a ogni altro diritto sessuale e riproduttivo. L'obiettivo del movimento è favorire e ottenere la legalizzazione dell'interruzione della gravidanza in tutto il Messico. A partire da una prospettiva femminista, vuole definire relazioni di genere paritarie che permettano alle donne di avere accesso reale a condizioni di vita, materiali, sociali e politiche, pari a quelle garantite agli uomini. La difesa dei diritti delle donne mira al superamento e all'eliminazione del *machismo*, elemento culturale ampiamente condiviso a livello sociale²³⁹.

Seguendo la specifica declinazione che la teoria femminista assume all'interno dell'attivismo Pro-Choice, alle donne deve essere riconosciuta la possibilità di decisione e scelta in merito alla propria sessualità e riproduzione.

La "libera scelta", l'"autonomia", l'"autodeterminazione", pur assumendo la forma di concetti assoluti e oggettivi, si definiscono di volta in volta in relazione a condizioni e problemi specifici, nella vita quotidiana delle persone. Le declinazioni del posizionamento e del pensiero femminista possono essere molteplici e ampiamente articolate, in relazione a specifici contesti, momenti storici, e soprattutto alle "questioni di interesse"²⁴⁰.

Nel caso delle attiviste Pro-Choice con cui ho lavorato, la prospettiva femminista incentrata sulla difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne si articola con la difesa dei diritti sessuali e riproduttivi delle diverse identità sessuali, gay e lesbiche. Non si può comprendere che cosa sono e che tipo di attività svolgono UNASSE e SHSSR senza capire chi sono le persone che le hanno fondate e portate avanti. Tre sono i soggetti principali dell'attivismo Pro-Choice a Mérida: Sandra Peniche, Consuelo Ramirez e Amelia Canto. Sandra è un medico ed è la "testa" dell'attivismo yucateco rispetto ai diritti sessuali e riproduttivi, è stata la mia principale interlocutrice e forse la persona che ha maggiormente influito su questa ricerca, almeno per il solido rapporto personale e professionale costruito²⁴¹.

²³⁹ Per una problematizzazione del significato e dell'utilizzo del concetto di "machismo" e per un'analisi critica del rapporto tra "cultura del machismo" e la sfera della sessualità e della riproduzione in Messico rimando ai lavori di Matthew Gutmann (1997; 1999; 2007).

²⁴⁰ Utilizzo quest'espressione facendo riferimento al lavoro di Bruno Latour (2004).

²⁴¹ Si veda il secondo capitolo di questo lavoro.

Sandra è una ginecologa e sessuologa, Consuelo è psicologa, Amelia è avvocatessa. Ognuna di loro è responsabile di un ambito specifico dell'assistenza offerta alle donne che si trovano in difficoltà. Sandra ha cinquantasei anni, Consuelo è sua coetanea, mentre Amelia è più giovane. Tra loro esiste un rapporto forte: condividono le idee politiche, le strategie di intervento, la quotidianità lavorativa ma anche quella privata. Tutte e tre vivono insieme in una grande casa con i loro quattro cani, in uno dei quartieri residenziali della città. Le porte della loro casa sono sempre aperte per gli ospiti, amici e amiche, attivisti dei diritti sessuali e riproduttivi che arrivano da ogni Stato del paese o del Sud America. Sandra ha moltissimi rapporti di amicizia e di collaborazione con le attiviste dei gruppi presenti in altri contesti. Tra le tre donne, Sandra è quella che partecipa a quasi tutti gli incontri (governativi e non governativi) ed è membro di molte commissioni (nazionali e internazionali) che si occupano della condizione delle donne.

Tutte e tre sono e si autodefiniscono femministe. Tutte e tre sono lesbiche (anche se di questo aspetto della loro vita non abbiamo mai parlato apertamente). Sandra e Amelia sono nate e cresciute a Mérida. Consuelo è cubana, si è trasferita nel capoluogo yucateco quando era molto giovane, dopo essersi laureata. In Messico si è specializzata come sessuologa. Il lavoro delle associazioni è iniziato con Sandra e Consuelo, Amelia è arrivata dopo: quando è stata la prima donna yucateca a laurearsi in giurisprudenza con una tesi su i diritti sessuali e riproduttivi. Mi racconta che oggi, in Yucatan, è l'unica professionista del campo giuridico specializzata in diritti umani.

Sandra e Consuelo hanno iniziato a lavorare nel 1987, creando insieme ad altre persone un'associazione che oggi non esiste più e che si occupava soprattutto di diritti LGBT²⁴² e di campagne e programmi di prevenzione e assistenza dell'HIV²⁴³. Quando quel gruppo si è sciolto, i componenti hanno seguito strade diverse: Sandra e Consuelo hanno continuato a lavorare da sole, mentre, altre persone hanno fondato una casa di accoglienza chiamata "Oasis" per malati di AIDS, fuori Mérida.

Consuelo mi racconta che "non c'era niente, siamo sempre state noi ad aprire il cammino. Nel 1987 non si poteva parlare di preservativi né di HIV ma c'era un problema nello stato. Abbiamo iniziato a lavorare nella prevenzione, a parlare di AIDS, a distribuire preservativi

²⁴² Sigla utilizzata come termine collettivo per far riferimento a persone Gay, Lesbiche, Bisessuali e Transgender.

²⁴³ Rimando al lavoro di Elizabeth Pisani (2012) per un approfondimento sulla storia delle campagne e dei progetti di assistenza e aiuto nel campo della sessualità e della riproduzione. La studiosa ricostruisce i passaggi del processo che, in tutto il mondo, ha portato a focalizzare l'attenzione prima sui soggetti considerati più a "rischio" rispetto al problema dell'HIV (omosessuali, prostitute) e solo successivamente sulle donne. Si inizia a parlare di diritti sessuali e riproduttivi proprio in relazione all'escalation dei problemi legati alla diffusione del contagio da HIV.

anche se ci cacciavano dai luoghi pubblici, dalle piazze, perché distribuire i preservativi in quel modo era considerato un insulto alla decenza. La Chiesa e tutte le forze politiche, di destra e di sinistra, ci condannavano, le cattive del film no? Da allora, sono passati ventiquattro anni, oggi è la *Secretaría de Salud* che distribuisce i preservativi mentre prima non se ne poteva neanche parlare. Non si poteva parlare neanche di educazione sessuale, era un tabù. Adesso lo scenario è cambiato. Aprire la breccia in questo cammino è stato faticoso, sono temi che nessuno vuole mai toccare”.

Hanno iniziato a lavorare sull’AIDS che in quegli anni era un problema gravissimo in tutto il paese e ancora le politiche e i programmi di assistenza e prevenzione erano molto scarsi, le informazioni sulla malattia erano poche e il destino dei contagiati era l’esclusione e la marginalità sociale. Il secondo tema su cui hanno deciso di intervenire è stato quello della violenza (sessuale, fisica e psicologica) nei confronti delle donne uno dei problemi di salute e di giustizia maggiormente diffusi a livello statale.

“Nel 1993 abbiamo sentito la necessità di aprire il primo centro di assistenza per le donne qui in Yucatán perché non c’era nessun servizio. Le donne avevano molti problemi e nessuno che le appoggiasse. [...] Il centro che abbiamo aperto si trovava nel quartiere di Pensiones e poi abbiamo fatto uno scambio, noi con UNASSE siamo venute in centro e là si sta aprendo un’altra clinica per assistere le donne che vengono dalla regione del ponente dello Stato. Quello di Pensiones è stato il primo centro di assistenza alle donne aperto in tutto lo Stato, in cui si offriva assistenza medica, psicologia e giuridica. Dopo la dottoressa [Sandra] ha deciso di aprire una clinica in cui dare esclusivamente assistenza medica. [...] Quando abbiamo iniziato a lavorare sul tema della violenza, ancora non c’era nessun servizio. Poi si sono resi conto [a livello istituzionale] di quanto fosse un problema di salute pubblica. Non si trattava di un problema privato, e allora sono iniziate le richieste da parte delle donne violentate o che avevano subito altro tipo di violenza, di cui nessuno si voleva occupare. Queste donne quando restavano incinte dovevano portare avanti la gravidanza, perché mentre cercavano di capire come risolvere il problema [a livello istituzionale] le rimbalzavano tra un’istituzione e l’altra senza risolvere niente. Partendo da tutta questa richiesta di aiuto di cui nessuno si faceva carico abbiamo creduto che fosse importante fare qualcosa e la dottoressa ha detto: “dobbiamo aprire un servizio per assistere queste donne perché non c’è nessuno che voglia orientarle o offrire loro assistenza”. È così che è nata la clinica”²⁴⁴, mi racconta sempre Consuelo.

²⁴⁴ “En el 1993 tuvimos la necesidad de abrir el primer centro de atención a mujeres aquí en yucatan porque no había ningún servicio y las mujeres tenían muchos problemas y nadie las podía apoyar. El centro que abrimos es en la colonia de pensiones y ahorita lo que hicimos es un intercambio ella para no estar tan cerca abrió una

Nel 2000, con l'apertura della clinica, si definisce l'attuale configurazione dei due gruppi e la definitiva divisione di ambiti di intervento. Sandra è la presidentessa e la rappresentante legale di entrambe le associazioni, ma il ruolo di coordinatrice di UNASSE è occupato da Consuelo. Sandra dall'apertura della clinica inizia a occuparsi in maniera esclusiva del lavoro svolto da SHSSR.

L'obiettivo di UNASSE è promuovere la salute sessuale e riproduttiva, i diritti sessuali e riproduttivi e, allo stesso tempo, offrire uno spazio in cui le persone possano essere orientate e appoggiate nella risoluzione dei problemi, uno spazio volto ad accogliere principalmente le donne che si trovano in difficoltà, economiche, familiari e sociali. Le attività svolte si articolano in diversi settori: assistenza legale, assistenza psicologica, corsi di formazione, corsi di educazione sessuale nelle scuole, attività informative sui diritti sessuali e riproduttivi, progetti di ricerca sull'incidenza dell'HIV e del virus da papilloma umano. UNASSE si occupa principalmente di prevenzione e di educazione della sessualità e della riproduzione. Le donne che si rivolgono all'associazione vengono seguite nei percorsi burocratici e legali per richiedere ed ottenere un reale riconoscimento dei propri diritti da parte dei soggetti governativi.

SHSSR, attraverso il lavoro della clinica, si occupa direttamente del tema dell'interruzione della gravidanza; UNASSE, invece, se ne occupa solo marginalmente. Proprio in ragione della maggiore attinenza delle attività svolte da SHSSR con i temi della mia ricerca ho scelto di seguire solamente questo gruppo e di non occuparmi dell'altra associazione da un punto di vista etnografico. Ho conosciuto UNASSE e le diverse attività che svolge, ho intervistato alcune delle persone che lavorano nell'associazione ma essa è rimasta sullo sfondo della mia etnografia. Ho focalizzato la mia attenzione e il mio tempo di ricerca su SHSSR e sul lavoro svolto da Sandra Peniche e dalla sua equipe

sucursal de la clínica entonces nuestras oficinas que estaban en pensiones las llevamos por aca y ella esta abriendo otra clínica en la otra colonia para atender a mujeres de aquella zona del poniente. Pero el servicio, nosotros desde 1987 estamos trabajando. El centro de atención a mujeres se abrió en 1993 fue el primer centro. De atender a nivel medico, psicólogo y jurídico. Y luego por la demanda tuvo que abrir la doctora una clínica específica. [...] No había nada, siempre hemos ido abriendo el camino. En el 87 nadie podía hablar de condones ni de hiv y había un problema en el estado y empezamos a trabajar en prevención de hiv, hablar y a repartir condones aunque nos correteban en la plaza grande porque repartíamos condones era así un insulto. La iglesia y todos nos condenaban no? Las malas de la película. Desde esta fecha a ahora, después de 24 años, ahora la secretaria de salud reparte los condones y antes no se podía hablar de ello. A las escuelas ni podíamos entrar a hablar de la educación de la sexualidad era también un tabú y ya ha cambiado el panorama. Nos ha costado abrir brecha en los temas fundamentales que nadie quiere tocar por ejemplo cuando abrimos sobre hiv, cuando abrimos sobre violencia porque no había servicio ya empezaron a ver que si era un problema de salud publica que no era un problema privado [...] entonces a raíz de toda esta demanda creimos que era importante y la doctora dijo "vamos a tener que abrir un servicio para atender a todas estas mujeres que no hay quien quiera orientarla o darles el servicio". Entonces fue cuando se abrió la clínica" [Entrevista 08/03/12].

8.3 SHSSR: una clinica umanitaria

SHRRS nasce per fornire un'assistenza medica completa alla salute sessuale e riproduttiva delle donne. Permettere loro di avere una vita sessuale e riproduttiva sana e appagante è uno degli obiettivi principali dell'associazione. Secondo Sandra, una salute sessuale e riproduttiva "realmente sana", nel contesto locale, implica avere accesso anche alla possibilità dell'interruzione di gravidanza. L'aborto, inteso come pratica clinica e come diritto, rappresenta il nucleo centrale dell'operato di SHSSR. La clinica è l'unica struttura di tutto lo Stato in cui è possibile interrompere una gravidanza in maniera sicura: uscendo dalla logica e dagli spazi della clandestinità e della rete commerciale degli aborti privati. A questo proposito, le parole di Sandra sono chiare: "La stigmatizzazione dell'aborto e delle donne che lo utilizzano è molto forte, questo è il problema più grande che dobbiamo combattere. Bisogna cambiare la prospettiva con cui guardiamo le cose, bisogna parlare di salute sessuale e riproduttiva e non solo di riproduzione. Le donne devono sapere che hanno diritti sessuali e che possono avere una vita sessuale sana senza dover essere stigmatizzate"²⁴⁵.

Sandra fonda SHSSR nel 2000 e, sin dall'inizio, gestisce la clinica e vi lavora affiancata da due persone: Eldy, la segretaria della clinica, e Doña Ester, la responsabile delle pulizie e del mantenimento della struttura. Eldy, più della stessa Sandra, è colei che si occupa della gestione finanziaria e organizzativa di tutto il lavoro. Eldy è il braccio destro di Sandra e gestisce le difficoltà che il gruppo si è trovato, e si trova tuttora, ad affrontare. Un'altra persona che lavora stabilmente nella clinica è Gloria, l'infermiera. Gloria lavora per SHSSR da cinque anni, prima di lei il suo posto era occupato da un'altra infermiera che ha lavorato nella clinica sin dalla sua apertura e che, dopo essersi sposata, ha deciso di andare via. Gli orari di lavoro per Eldy e per Gloria sono pesanti, sebbene l'apertura al pubblico sia limitata, dalle nove fino alle tredici e dalle sedici fino alle diciannove. Eldy e Gloria, insieme o a turno, passano tutta la loro giornata all'interno della clinica: per monitorare le pazienti, per aspettare i risultati degli esami, per la fornitura dei materiali, per supervisionare lavori di manutenzione delle attrezzature e/o della struttura.

I medici invece utilizzano la clinica per svolgere attività ambulatoriale privata anche se, per la natura stessa della struttura in cui operano, i guadagni sono inferiori. Essi sono presenti in clinica soltanto negli orari in cui hanno appuntamenti con le pazienti. Il personale medico è

²⁴⁵ "La estigmatización del aborto y de las mujeres es muy fuerte, esto es el problema mas grandes que tenemos que combatir. Tenemos que cambiar el enfoque, hay que hablar de salud sexual y reproductiva y no solo de reproducción. Las mujeres deben de saber que tienen derechos y que pueden tener una vida sexual sana y sin ser estigmatizadas" [Intervista 10 09 2013].

cambiato nel tempo. Eldy mi dice che: “I medici vanno e vengono, utilizzano la clinica come uno spazio ambulatoriale privato e sebbene siano d’accordo con la prospettiva ideologica del servizio quasi nessuno di loro è realmente interessato a portare avanti la lotta per i diritti che invece contraddistingue il lavoro di Sandra”²⁴⁶. Il numero dei medici operanti nella clinica è sempre stato basso: sono pochi, a Mérida, coloro che vogliono collaborare con l’associazione. Durante il periodo della mia ricerca lavorano nella clinica tre ginecologi, di cui due si occupano di fornire il servizio dell’interruzione di gravidanza e uno della diagnosi e delle terapie da papilloma virus e tumore dell’utero (il dottor Basto, primario del reparto di ginecologia ed ostetrica dell’ospedale O’Horán); un anestesista e, in alcuni casi, un andrologo. Ovviamente anche Sandra lavora come ginecologa nella struttura, per la sua formazione e per i suoi studi si occupa di diversi problemi di salute: è esperta in colposcopia²⁴⁷, è in grado di effettuare un’interruzione di gravidanza; come sessuologa specializzata può fornire assistenza anche agli uomini.

La clinica si trova nel centro di Mérida, è facilmente raggiungibile sia per chi vive in città sia per chi arriva da altri municipi. Gli spazi a disposizione si articolano su un unico piano e la loro organizzazione è funzionale a garantire il rispetto della sicurezza e della privacy di pazienti e operatori. Quando si arriva alla porta di entrata dell’edificio bianco e verde, i colori dell’associazione, ci si rende subito conto di quanto essa sia diversa dal resto delle cliniche private. Prima bisogna suonare il campanello di una porta di vetro, poi si entra in un piccolo spazio e si suona il secondo campanello, davanti ad una seconda porta di vetro. La struttura di vetro che definisce l’ingresso all’interno della clinica è costruita con vetri infrangibili e ricorda un po’ il meccanismo di entrata in una banca. Si può guardare dentro e da dentro si riesce a guardare fuori. Si tratta di una strategia di sicurezza messa a punto con il tempo, dopo aver sperimentato attacchi da parte di gruppi contrari all’interruzione di gravidanza, generalmente appartenenti al movimento Pro-Life.

Sandra ed Eldy mi hanno raccontato di quanto aprire la clinica e portarla avanti sia stata un’esperienza difficile. Eldy è la memoria storica del gruppo: conserva, per esempio, tutti gli articoli dei giornali, locali e nazionali, in cui si parla degli attacchi alla clinica, un giorno, mentre mi mostra il suo archivio, mi racconta di come ci si sente in queste circostanze. “È stata un’esperienza molto forte io non immaginavo così tanto come l’ho vissuta. Sono venuti quelli del Pro-Life, è venuto Serrano Limon, un gruppo di canadesi, un gruppo religioso di

²⁴⁶ “Los doctores van y vienen, no se quedan. Es como un servicios privado... están de acuerdo pero bueno no es lo mismo, es muy difícil encontrar gente que esté comprometida con la causa como lo doctora” [Intervista 18/12/13].

²⁴⁷ Strumentazione utilizzata per la diagnosi del papilloma virus.

Mérida, ognuno ha fatto la propria dimostrazione e le proprie manifestazioni davanti alla clinica. Anche le vicine hanno appeso alle loro finestre cartelli e lenzuola per dire che non volevano avere la clinica nel quartiere. La prima volta che è successa una cosa del genere ero da sola, la dottoressa non c'era perché doveva partire per un viaggio. Mi prendono sempre da sola perché vengono sempre quando è ora di entrare o di uscire (per aprire e per chiudere la clinica). Quella volta c'era tantissima gente, non potevo neanche fermarmi con la macchina, non potevo entrare. Ancora non avevo il cellulare, allora sono corsa ad una cabina telefonica e ho chiamato la dottoressa prima che salisse sull'aereo. Lei non è più partita ed è venuta qui, li ha cacciati tutti, alla fine se ne sono andati. C'era un gruppo del movimento Pro-Life che aveva portato anche dei bambini, è stata una situazione brutta, molto brutta. Un'altra volta è arrivato un gruppo di canadesi, loro ci hanno addirittura sputato addosso... queste cose succedevano soprattutto all'inizio, adesso no, solo ogni tanto. Un'altra volta è arrivata moltissima gente, era sera e dovevamo uscire dalla clinica ma non potevamo. Erano tantissimi, avevano portato una statua della Vergine di Guadalupe e si erano messi tutti qui fuori a pregare per quello che facciamo noi. Quella volta c'era un medico che aveva finito di lavorare e uno psicologo che lavorava con noi, il medico si spaventò tantissimo e uscì correndo dalla porta. La maggior parte [dei medici] quando succedono queste cose non si vogliono far vedere, non voglio essere nel occhio dell'uragano”²⁴⁸.

Nei primi anni di apertura, questi eventi e gli attacchi alla clinica hanno permesso al gruppo di pubblicizzare il proprio lavoro e farsi conoscere, sia a livello locale sia nazionale. Sono stati proprio i rappresentanti del movimento Pro-Life, con le loro azioni di contrasto, a rendere visibile la clinica. L'arrivo a Mérida di Serrano Limon per protestare contro la fondazione di SHSSR, nel 2004, rappresenta per chi lavora all'interno della clinica uno spartiacque. Si è trattato, a livello mediatico, di un evento: c'erano le televisioni e i giornali, statali e nazionali,

²⁴⁸ “Muy fuerte, yo no me lo imaginaba tanto como lo viví. Vino Serrano Limon, vinieron unos canadienses, nos hicieron un planton en la puerta, bueno cada uno hacia su planton en la puerta. Muchos plantones en la puerta, no nos dejaban entrar. Al poco tiempo que abrimos, creo que era agosto... tengo los periódicos aquí guardado. Los de próvida, hasta las vicinas de la que esquina pusieron sus mantas, si si, estaban enfertadas dona lupita de aquí a lado, si. Igualito a las películas de usa, idéntico. Y el primer día que vinieron los de próvida la doctora estaba de viaje, estaba yo sola. Vine a abrir en la tarde y vi que había mucha gente, no podía ni parar con el coche, no me dejaban pasar. Estaban todos aquí adelante. Y yo no tenía celular, me acuerdo que traía en mi coche a una psicóloga que trabajaba acá y en la esquina había un teléfono publico corri a la esquina para decírselo a la doctoras antes que se suba a la avión. Le hable y vino. No viajo, vino. Y ella bajo y saco a todos los que estaban aca. Había un grupo de próvida que traían a un grupo de muchachitos que venían a cancelar la clinica, a clausurar, asi feo, muy feo. Paso al principio mucho. Luego vinieron unos canadienses de próvida también, estos hasta nos escupieron. Siempre me agarran sola, porque es a la hora de entrar o de salir y este... fue al principio, ahorita ya no pasa. Pero en un intermedio de vez en cuando si. Pero una vez vinieron un monton de gente que se pararon aquí adelante, era la noche que nosotras íbamos a salir y traían a una virgen enorme y se pararon aquí adelante a rezar por lo que hacíamos nosotras. Y había josue y otro doctor que se espantó y salio corriendo, que luego la mayoría no se quieren poner en el ojo del huracán” [Entrevista 18/12/13].

a raccontare lo scontro tra i due gruppi. La stessa Eldy mi dice che da quel momento in poi il numero di pazienti della clinica è sensibilmente aumentato.

Serrano Limon è un personaggio pubblico, famoso e molto in vista in Messico, è il dirigente nazionale del movimento *Pro-Vida* dalla sua fondazione. Dagli anni Settanta ad oggi, ha avuto il sostegno del clero messicano e del partito conservatore del PAN. In molte occasioni il Movimento per la Vita ha ricevuto ingenti somme di denaro da parte di istituzioni e ministeri pubblici.

Questo denaro non sempre è stato utilizzato per i fini presentati all'opinione pubblica, come per esempio attuare progetti di sostegno alle donne e costruire case di accoglienze. Serrano Limon è stato più volte condannato a dover pagare ingenti multe per riciclaggio di denaro pubblico ma, grazie al sostegno politico di cui gode, queste pene sono ancora sospese. Sebbene in questo caso specifico lo scontro diretto con il movimento Pro-Life abbia favorito la fortuna della clinica, simili eventi si sono ripetuti e sono stati vissuti dalle persone che lavorano nella struttura con paura per la propria incolumità e timore di non saper gestire la situazione.

A questo proposito, una volta Eldy mi dice che non ha mai capito perché i medici spaventati scappassero dalla porta andando incontro agli attacchi fisici e agli insulti verbali dei manifestanti. La clinica ha solamente un'entrata e non esiste una porta di uscita posteriore da cui poter scappare. Per questo motivo, dopo i primi scontri e i primi vetri rotti, Sandra ha fatto costruire la struttura di vetro all'entrata della clinica (di cui parlavo prima). In questo modo lo spazio interno, il personale e le pazienti hanno maggiore sicurezza.

Le circostanze in cui nasce e opera SHSSR non sono semplici: non gode del sostegno e del riconoscimento sociale e politico di cui invece possono usufruire i gruppi opposti e, oltre alle difficoltà di ordine giuridico e legale, deve affrontare anche quelle economiche. La qualità dell'assistenza è molto alta ma i prezzi dei servizi sono generalmente inferiori a quelli di una clinica privata. Inoltre, il prezzo del servizio, di una visita o di un intervento, spesso varia in base alle possibilità economiche delle pazienti. Non ho mai incontrato, durante i miei anni di ricerca, pazienti che non siano state assistite perché non avevano soldi per pagare i servizi. Sandra spesso lavora gratuitamente, gli altri medici decidono autonomamente come comportarsi. Le uniche spese che sempre si richiede alle pazienti di rimborsare sono quelle relative agli esami di laboratorio che dipendono da strutture esterne private.

Da un punto di vista finanziario, SHSSR, negli ultimi anni, si è trovata in difficoltà. La natura non "commerciale" dei servizi che offre, la volontà di non lucrare sulla salute delle donne e il forte senso etico che contraddistingue il lavoro di SHSSR rendono difficoltoso affrontare le

ingenti e continue spese che il mantenimento della clinica richiede. Per molti anni l'aspetto economico non ha rappresentato un problema per il gruppo: la clinica è stata aperta ed ha svolto le attività grazie al sostegno economico di *International Planned Parenthood Federation* ("Federazione Internazionale Genitorialità Pianificata"). IPPF è una grande organizzazione non governativa, fondata negli Stati Uniti, che sostiene progetti, in diversi paesi, a favore della legalizzazione dell'aborto, dell'educazione sessuale e riproduttiva e dell'accesso a servizi medici ginecologici. Sandra è stata vincitrice di un concorso internazionale che le ha permesso di ottenere i fondi per alcuni progetti di lunga durata. I fondi ottenuti hanno consentito di comprare tutte le attrezzature necessarie all'apertura della clinica e di mantenerla operativa. Per un periodo di circa dieci anni le spese della clinica sono state coperte ed è stato possibile fornire i servizi medici a prezzi irrisori.

Oggi questo sostegno economico non è più disponibile sia perché il progetto è finito, sia perché Sandra ha preferito interrompere questa collaborazione a causa dei conflitti avuti con l'organizzazione in merito alla gestione dei servizi medici. Tutti i progetti finanziati da IPPF, in ogni parte del mondo, devono seguire le direttive dell'organizzazione centrale. Il lavoro della clinica è stato sottoposto a controlli pratici e revisioni burocratiche da parte dell'organizzazione statunitense. Di tanto in tanto arrivavano dei rappresentanti di IPPF a supervisionare il lavoro svolto e, ogni sei mesi, Eldy doveva inviare resoconti dettagliati sulle spese, sulle pazienti e sui servizi. Anche dopo la fine del progetto, Eldy ha continuato a mantenere un registro dettagliato di tutte le attività della struttura, l'associazione utilizza un sistema informatico all'avanguardia per sistematizzare le informazioni cliniche e personali delle pazienti seguite²⁴⁹.

Soprattutto per ciò che concerne il servizio di interruzione della gravidanza le indicazioni dell'organismo centrale incidono fortemente sulla pratica clinica perché IPPF richiede di utilizzare determinate tecniche e prodotti per la sterilizzazione della strumentazione e di non utilizzare l'anestesia. Queste strategie sono funzionali al controllo e alla diminuzione dei costi dell'assistenza medica. Eldy mi racconta che Sandra non è mai stata d'accordo con questo tipo di gestione del lavoro: "Questo modo di offrire il servizio medico non va bene per la dottoressa. Se la dottoressa sta lottando per la salute della gente una cosa che sicuramente non vuole fare è risparmiare sulla loro salute. Non è possibile, fanno le cose in modo superficiale. Fanno cose con cui noi non eravamo d'accordo e d'altra parte non è possibile che ti diano il

²⁴⁹ Soprattutto se confrontato con i metodi di raccolta dei dati utilizzati all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche ancora basato sull'utilizzo di penne e quaderni e sistematizzato solamente a livello statistico. Oltre alle cartelle cliniche cartacee, ogni paziente della clinica è inserita all'interno di un database in cui sono presenti anche le cartelle cliniche digitali.

denaro e poi tu lo utilizzi come vuoi. Si possono fare le cose in maniera più economica, non usare l'anestesia è più economico. In tutti gli altri paesi in cui hanno sostenuto progetti non si utilizza mai l'anestesia. Però mettiti al posto di chi si sottopone al procedimento o di chi lo deve fare, non puoi pensare che soltanto perché sono altre, loro non sentono [il dolore]. E pensa che certe volte arriviamo all'assurdo perché le pazienti chiedono l'anestesia anche soltanto per una puntura. A me piacerebbe che un servizio per altre donne fosse come lo vorrei per me stessa, se una cosa non la voglio per me allora non lo voglio per nessuna. E poi, che tipo di pubblicità viene fuori? Che siamo delle selvagge? No, qui c'è un servizio di qualità, sono donne povere però il servizio è di qualità molto alta. Ci sono molte spese. La pulizia deve essere perfetta, le medicine, tutta la strumentazione, e non abbiamo [risorse]. E inoltre se chiedi di pagare poi le persone non vengono, non vengono. Però sì, bisogna avere almeno un po' di introiti"²⁵⁰.

Eldy è molto legata a Sandra, tra loro c'è un rapporto di stima e rispetto reciproco, l'unico motivo per cui critica la dottoressa è proprio la gestione finanziaria della clinica che, nel corso degli anni, ha portato, nonostante il graduale aumento delle pazienti, ad essere in una situazione di dissesto economico. Un giorno, dopo una discussione tra Eldy e Sandra dovuta alla mancanza dei soldi per coprire alcune spese, Eldy mi dice: "L'unica cosa che le manca è saper gestire il negozio, per fare in modo che ci siano più guadagni, più risorse e che le cose possano andare meglio. L'ammiro per tutto quello che riguarda la parte dell'assistenza, dell'umano, del rapporto con le persone, però per quanto riguarda la gestione del negozio, non può essere. Se c'è una persona che sta male lei c'è, ma per tutto quello che riguarda l'economia della clinica è orribile. Se non possono pagare non pagano o pagano di meno"²⁵¹.

²⁵⁰ "Porque nos estaban apoyando, cuando termino esto no, nada mas como la doctora que había concursado en algún proyecto internacional y con estos ha podido comprar los equipos. Pero ahorita no tenemos el apoyo de nadie. Es que ppff fue lo que nos apoyo, ellos venían aquí a supervisar. Ellos nos apoyaron... se acaba yo creo que el tiempo del proyecto y ya se supone que tienes que caminar solito. Pero por ejemplo por muchas cosas la doctora no esta de acuerdo con ellos, porque por ejemplo ellos hacen los procedimientos y quieren que no se use anestesia, numero uno. En todos los países quieren que no se usa anestesia, numero uno. O que no se esterilize con lo que utilizamos nosotras, para ahorrar. Y esto no va con la doctora. No se puede, no va si la doctora está luchando con la salud de la gente, no va a ahorrar por la salud de la gente. No se puede. Lo hacen a la bravo. Hacen cosas con que uno no está de acuerdo, no es que te den el dinero y tu haces lo que quieres, se puede hacer las cosas mas económica, sin anestesia. En los demás países que apoyan no hay en ninguno anestesia. Ponte tu en el papel de quien va a hacer el procedimiento. No puedes pensar que para que son otras, ellas no sienten. Y hasta que tenemos pacientes que quieren anestesia para que las inyecten. Si yo fuera como me gustaría, que quiero para mi, lo que no quiero para mi no lo quiero para nadie. Entonces también que publicidad va a salir? Que son unos salvajes, no? y aquí lo que hay es calidad, son pobres pero el servicio es de calidad muy alta. Ósea que aquí solo para mantener el espacio, hay mucho gasto, de verdad porque no tenemos. De donde? Limpieza hay pero hay que pagar también. Si se tiene que cobrar. No van a venir. No van a venir" [Entrevista 18/12/13].

²⁵¹ "Yo la admiro, la admiro. Lo único que le falta es saber manejar a su negocio para que ella pueda tener mas y que vayan mejor las cosas. La admiro cuanto a todo lo humano pero el negocio, no puede ser. Osea que si hay una persona que esta mal ella está pero para el negocio es horrible. A las que no pueden pagar no les cobra o les cobra meno. Cuando interviene otra persona hay que pagar, como los analisis, ultrasonido estas cosas" [Entrevista 18/12/13].

Ho assistito a molte discussioni relative alla gestione economica e finanziaria della struttura. Sono state proprio queste occasioni che hanno rivelato al mio sguardo esterno le difficoltà quotidiane poste dalla gestione dei servizi. SHSSR non ha la possibilità di accedere ai finanziamenti statali rivolti al sostegno dell'associazionismo civile. Lo Stato non potrebbe mai contribuire economicamente al lavoro che viene svolto dalla clinica. In questo contesto, diventa necessario per il gruppo ricorrere alla richiesta di fondi che provengano dallo spazio economico delle agenzie internazionali.

La particolare definizione dei rapporti tra il gruppo locale e quello internazionale (IPPF), messa in evidenza dall'etnografia, mi induce a riflettere su come le organizzazioni che hanno delle "questioni" da sostenere (come è il caso di SHSSR) siano chiamate, in determinate circostanze, a conformarsi a specifiche aspettative economiche e politiche attraverso l'adozione di standard professionali che non sempre soddisfano le necessità e le richieste dei destinatari dei programmi e delle azioni di assistenza.

Esaminare le politiche locali di un'agenzia internazionale di diritti delle donne può rivelare una drammatica disconnessione tra la missione femminista e la facciata che essa crea per mantenere la legittimità dei diritti umani transnazionali. Le strutture della governamentalità neoliberale che per esempio definiscono IPPF – specificatamente manageriali e basate su un'idea di cittadinanza che enfatizza la regolazione del sé attraverso la responsabilità individuale – possono nei contesti locali compromettere l'azione delle femministe e la posizione delle attiviste.

L'etnografia può essere utilizzata per documentare le conseguenze di specifiche politiche, governative e non governative, disgregando le logiche della necessità e dell'imparzialità che servono alla loro giustificazione. Coloro che lavorano per la difesa dei diritti delle donne, a livello locale, ricevono richieste legate ad aspettative del sistema economico-politico in base alle quali si trovano ad assumere degli standard lavorativi che tendono a rendere gli attivisti più vicini allo Stato e più distanti dalle persone che dovrebbero essere il centro della loro attività. La professionalizzazione della militanza può portare alla definizione di tensioni con la declinazione locale del femminismo chiamato alla resistenza e alla vocazione per la lotta.

Mi sembra che sia proprio all'interno di questo spazio di negoziazione tra aspettative diverse che si definisca, a livello locale, la relazione tra la militanza, il dissenso e il consenso. Nelle fessure tra la retorica e la realtà cresce l'incorporazione della paura di non riuscire a sostenere "la lotta" da parte delle attiviste locali. Una paura che si definisce nelle preoccupazioni quotidiane relative alla gestione finanziaria ed economica delle proprie attività. Da una parte esiste il timore di non avere le possibilità e le risorse materiali per portare avanti il proprio

“lavoro”, dall’altra la consapevolezza etica di non voler (e di non poter) accettare compressi che possano incidere negativamente sulla vita e sulla salute delle donne.

8.4 Strategie mediche e legali per aborti “sicuri”

Le pazienti che si rivolgono alla clinica possono pagare per un aborto da un minimo di 1200 pesos ad un massimo di 4000 pesos per un intervento chirurgico in anestesia; il prezzo standard di una visita medica è di 500 pesos. La politica della clinica tende a preferire, nel caso dell’aborto, l’utilizzo della tecnica chirurgica in luogo di quella farmacologica sebbene quest’ultima sia più economica. Sono poche le pazienti che richiedono di abortire utilizzando la RU486 (Mifepriston) il cui prezzo varia a seconda delle dosi necessarie, spaziando dai 1500 ai 3000 pesos.

Sandra preferisce utilizzare il procedimento chirurgico: le donne sono sotto gli effetti dell’anestesia e non sentono dolore, sono meno attive e presenti nel processo dell’aborto. L’utilizzo della pillola richiede un’attenzione costante da parte delle pazienti; il dolore e il grado dell’emorragia variano a seconda delle condizioni fisiche di ogni singola donna e sono difficilmente controllabili da parte del personale medico. Anche Eldy mi dice che: “Le donne preferiscono il procedimento chirurgico, non sentono niente, è veloce, restano in clinica poco tempo, i tempi di recupero non sono lunghi e possono tranquillamente andare a casa. Nell’altro caso invece, sentono dolore, il momento dell’espulsione non è controllabile, è come se debbano essere più presenti e più partecipi a tutto. Se non si seguono tutte le indicazioni o se si fanno prendere dall’ansia può anche essere più rischioso. La chirurgia in questo senso è più sicura, non si sente niente, non si vede niente”²⁵².

Da un punto di vista clinico, l’utilizzo del procedimento chirurgico rappresenta una maggiore garanzia per il personale medico per non incorrere in rischi o complicazioni. Le donne assumono la pillola all’interno della clinica ma, considerando che i tempi di espulsione del prodotto possono variare, vengono rimandate a casa. C’è una minore possibilità di controllo e di monitoraggio delle condizioni fisiche delle pazienti. In un contesto in cui l’aborto è illegale,

²⁵² “Preferien el procedimiento, es mas rapido, no sienten dolor. Es mejor para ellas y para nosotros tambien, es mas seguro. Si hay las que piden con medicamento, no es mas. Si prefieren el procedimiento, no van a sentir nada, es un rato vienen, se queda un poco y luego se van. En cambio el otro van a sentir, van a ser mas días, como que esta mas presente. Osea el riesgo, el otro es mas seguro, no sientes nada. Mejor” [Intervista 18/12/13].

l'intervento chirurgico garantendo una maggiore possibilità di controllo è “più sicuro”, dal punto di vista sia medico che legale.

A questo proposito, ci sono una serie di strategie utilizzate dal gruppo per tutelare legalmente sia le pazienti che il personale. Non è stato semplice capire quali fossero queste strategie e come fosse possibile l'esistenza di una clinica che “apertamente” e “pubblicamente” dichiara di fornire il servizio di interruzione di gravidanza. Parlo di interruzione della gravidanza e non di interruzione volontaria della gravidanza poiché è proprio in quell'assenza di “volontario” che si definisce la possibilità di azione e di intervento di Sandra e del gruppo. Eldy mi spiega: “Adesso noi inseriamo nella cartella clinica la dicitura “aborto in corso”. Prima c'erano dei casi permessi dalla legge ma con l'ultimo cambiamento della costituzione la situazione si è complicata. Allora se tu scrivi che è successo in maniera naturale non c'è nessun problema. Tra virgolette non ci sono problemi, perché lo sai come sono le cose... ma non ci sono problemi perché la dottoressa è la dottoressa, si possono fare le manifestazioni, la possono insultare ma non ci sono maggiori conseguenze. Come negli Stati Uniti, insomma, succedono la stesse cose”²⁵³.

Ho già scritto che, da un punto di vista legale, in alcune circostanze le donne possono richiedere l'interruzione della gravidanza in una struttura ospedaliera statale. Amelia è esperta di questo specifico ambito giuridico ed è stata lei a spiegarmi in maniera dettagliata quali siano le indicazioni giuridiche e come esse possano essere utilizzate per fornire un servizio che apparentemente sembra essere illegale.

Il codice penale dello stato definisce la gestione dell'interruzione della gravidanza e i casi in cui essa debba essere fornita come servizio medico nelle istituzioni sanitarie pubbliche. È il settore della salute pubblica che dovrebbe occuparsi di fornire questo servizio seguendo le direttive interne ad ogni istituzione sanitaria. Il codice penale richiede che siano due medici specialistici a documentare la necessità di procedere con l'interruzione della gravidanza ma non richiede il permesso di un giudice. Pur non essendo giuridicamente necessaria, negli ospedali alle donne è richiesta l'autorizzazione del ministero pubblico.

Come ho mostrato nel capitolo precedente, quando le donne decidono di interrompere la gravidanza i medici evitano di ricorrere a questa pratica e inducono le pazienti a portare avanti gravidanze rischiose, adducendo a sostegno della loro posizione i rischi che un aborto potrebbe comportare. In questi casi i medici si trovano spesso a compiere delle azioni cliniche

²⁵³ “Aborto en curso. Si tu pones que ocurrio de forma natural ya no hay ningún problema. Entre comillas no hay problemas, porque ya ves, bueno solo porque la doctora es la doctora se les pones, se les plantas y no tiene mayores problemas, como estados unidos por ejemplo” [Intervista 18/12/13].

che dipendono più dal proprio orientamento religioso e morale, e da una specifica gestione dei servizi, piuttosto che dalle reali necessità e condizioni di salute delle donne. Le donne, d'altra parte, molto spesso non sono consapevoli che esigere l'interruzione della gravidanza sia un loro diritto.

Le gravidanze provocate da abusi sessuali sono quelle più problematiche nella definizione giuridica dell'aborto. Si dovrebbe denunciare la violenza subito e, in un secondo momento, ottenuto il permesso di un giudice o di un'altra autorità, richiedere di abortire nei servizi medici statali. Le donne che denunciano una violenza sessuale sono la minoranza. Generalmente non vogliono procedere legalmente, sia perché non esiste un reale riconoscimento dei diritti delle donne vittime di violenze, sia perché il trattamento che esse ricevono dalle forze dell'ordine quando denunciano è discriminatorio²⁵⁴, sia perché le denunce non comportano reali procedimenti nei confronti degli aggressori ma pongono le donne in una situazione di disagio da un punto di vista sociale. La vita per una donna che ha denunciato di essere stata violentata non è semplice. Nel "senso comune" e nell'atteggiamento che le persone assumono nei confronti della violenza sulle donne c'è un giudizio di fondo secondo cui, quando si verificano queste circostanze, la donna è in qualche modo responsabile dell'accaduto. Tale posizione è lineare all'interno di un sistema di idee incentrato sul *machismo*, diffuso in ogni livello istituzionale e contesto sociale.

Riesco a capire, attraverso il confronto e le continue chiacchierate con Amelia e con Sandra, che le direttive e le indicazioni che vengono utilizzate negli ospedali dipendono dalle singole istituzioni sanitarie e non dall'ordinamento giuridico. Il codice penale statale stabilisce solamente che nel caso di violenza sessuale la donna può richiedere di interrompere la gravidanza, ma non esplicita le modalità che devono essere seguite per accedere a questo servizio. "Le leggi ti riconoscono un diritto ma non ti dicono come fare per esercitarlo, ciò implica che puoi utilizzare qualsiasi strada, sempre e quando non commetti nessun reato riconosciuto in altri articoli... e quindi la strategia per risolvere il problema potrebbe essere molto semplice ma poiché sono tutti d'accordo sul non fare aborti allora: "No, io lo faccio solo se mi arriva un'autorizzazione!" ma sono tutti consapevoli che l'autorizzazione non arriva mai. Quindi non si fanno interruzioni di gravidanza dentro gli ospedali, no?"²⁵⁵, mi chiarisce Amelia.

²⁵⁴ Spesso in questi casi le donne non vengono credute o sono trattate con sufficienza perché la loro parola viene messa in discussione e la gravità degli abusi è spesso ridimensionata.

²⁵⁵ "De acuerdo al código penal podría hacerse, porque? Porque las leyes te dan derechos, si las leyes te dan derechos y no te dicen como vas a hacer para ejercerlo tu puedes utilizar cualquier vía, siempre y cuando, en la forma en lo que lo vayas a hacer no cometas un acto ilegal... entonces podría ser muy sencilla la salida para este

Dopo un'attenta analisi del codice penale, Amelia mi fa capire come esso in realtà non dia indicazioni chiare, lasciando, almeno da un punto di vista giuridico, molta libertà di interpretazione e di utilizzo degli articoli legislativi. Il codice penale riconosce l'interruzione della gravidanza come una possibilità ma non fornisce indicazioni specifiche sui tempi e sui modi del procedimento. Non vengono sanciti limiti di tempo né indicate le istituzioni sanitarie a cui rivolgersi²⁵⁶.

L'apparato giuridico vigente definisce in quali circostanze è possibile interrompere una gravidanza, non indica la modalità secondo cui si può intervenire, né le responsabilità istituzionali né i tempi di intervento. Giuridicamente non esiste nessuna limitazione per procedere con un aborto in base al tempo della gestazione. In questo contesto viene lasciata grandissima libertà di azione alle istituzioni sanitarie e ai medici che possono decidere se e quando intervenire. Come ho già cercato di mettere in evidenza altrove, nella gestione clinica di questi casi le esigenze delle donne non vengono prese in considerazione e l'ultima parola spetta sempre al personale medico.

L'apparato giuridico e legislativo è diventato ancora più articolato e caotico quando, nel 2009, è stato modificato il primo articolo della costituzione statale, mentre il codice penale non ha subito nessun cambiamento. Mi spiega Amelia che le direttive costituzionali definiscono indicazioni normative generali, che diventano effettive nelle leggi secondarie, come appunto il codice penale. In questo senso, è possibile sostenere che, sebbene il primo articolo costituzionale sostenga la protezione della vita dal momento della fecondazione, restano vigenti e valide le circostanze in cui l'aborto è permesso; in quei casi quindi nessuno, né il medico che pratica l'intervento né la donna che vi si sottopone sta commettendo un delitto o un atto illegale.

La strumentalizzazione del primo articolo della costituzione, sia da parte dei settori conservatori che da parte delle istituzioni sanitarie, ha contribuito ad intensificare, a livello di senso comune, il timore di incorrere in sanzioni e procedimenti legali. Nello spazio legale poco chiaro che si è definito negli ultimi anni, i medici possono sostenere di non offrire il servizio dell'interruzione della gravidanza, giustificando la loro posizione in base al primo articolo della costituzione statale. Allo stesso modo, i conservatori e in generale chi è

problema pero como no están de acuerdo mucho "A mi si me traen la autorización lo hago!" pero, como saben que nunca va a llegar la autorización, pues no hacen nada, no?" [Intervista 09/03/12].

²⁵⁶ Si indica la dicitura "istituzioni sanitarie pubbliche". Da un punto di vista prettamente burocratico e governativo, tra queste strutture non rientrano solamente le strutture gestite dalla *Secretaria de Salud* ma anche quelle gestite dall'IMSS e dall'ISSTE. Si tratta infatti anche in questi ultimi due casi di istituzioni sanitarie che prevedono la compartecipazione statale nella gestione dei servizi offerti.

contrario all'interruzione della gravidanza rendono più solide le loro posizioni sulla base del primo articolo costituzionale.

SHRRS nella sua attività quotidiana continua a far riferimento agli articoli del codice penale. Sandra, infatti, mi dice “considerando che non hanno modificato i codici penali si può sostenere che in alcuni casi l'aborto è ancora lecito, è anche per questo motivo che può continuare ad esistere la clinica. Noi, oggi continuiamo a seguire le direttive del codice penale statale in cui nei casi di violenza, di malformazione, di problemi di salute della donna e per questioni economiche è possibile ricorrere all'interruzione della gravidanza. Continuiamo a basarci su questo ma non è semplice”²⁵⁷.

8.5 L'azione medica fuori dalla clinica

Durante la mia ricerca di campo ho frequentato la clinica e ho seguito il gruppo in altre attività al di fuori di essa. Conoscere in maniera capillare le attività interne ed esterne all'ambito clinico mi ha dato la possibilità di avere una visione articolata delle posizioni ideologiche portate avanti da SHSSR, di confrontare le pratiche del gruppo con quelle di altri gruppi interni al movimento Pro-Choice e attivi in altri stati del paese, di comprendere quali siano i presupposti dell'azione militante e gli obiettivi che essa si prefigge. Analizzare le relazioni che il gruppo instaura con il resto della società civile e con le istituzioni governative mi ha permesso di comprendere il peso che ha questo gruppo nel contesto sociale yucateco.

Per ciò che concerne le attività esterne ho seguito due progetti. Ho partecipato “attivamente” al progetto a cui Sandra tiene particolarmente, una fiera-festa per bambini strutturata attorno alla sfera della sessualità e della riproduzione maschile: la *Feria del Peneton*. Una fiera composta da diversi giochi a cui bambini e adulti possono partecipare, tutti focalizzati attorno alla fisiologia dell'uomo. L'obiettivo è decostruire e demistificare la mascolinità come qualcosa di superiore alla femminilità. Si vuole insegnare ai bambini, sin da piccoli e attraverso il gioco, che il corpo delle donne e il corpo dell'uomo, pur essendo diversi, hanno le stesse funzioni e devono godere dello stesso rispetto. Si vuole trasmettere un messaggio fondamentale secondo l'associazione: l'uomo e la donna, pur nella loro diversità fisiologica, devono godere della stessa considerazione ed avere le stesse possibilità di vita.

²⁵⁷ “No han cambiado los códigos y entonces el aborto esta permitido y es también por esto que podemos trabajar. Nos basamos en las directivas legales del código, aunque no es fácil” [Intervista 10 09 2013].

In questo testo ho scelto di analizzare un altro progetto, quello svolto a Tekax, al fine di riflettere sulle azioni del gruppo che riguardano direttamente la sfera della salute, dell'assistenza medica e dell'attivismo. Per diversi mesi ho accompagnato e sono stata presente alle visite svolte da Sandra e dalla sua equipe all'interno di un progetto di assistenza medica per le donne di un municipio nella regione sud est dello Yucatán: Tekax. La gestione dell'assistenza medica, del processo diagnostico e terapeutico, da parte dell'associazionismo civile differisce in maniera sostanziale da quella istituzionale ospedaliera.

Sebbene SHSSR svolga diversi progetti di assistenza medica specialistica nelle comunità rurali dello stato, l'attività svolta nel municipio di Tekax è peculiare nella sua genesi²⁵⁸. Questo progetto ha avuto una durata complessiva di circa cinque mesi, coincisa con un momento specifico della vita politica del paese: le elezioni municipali, statali e nazionali. A luglio del 2012 sono stati eletti: il presidente della repubblica messicana, il governatore dello stato Yucatán e la sindaca di Tekax. Tutti i candidati eletti appartengono al partito storicamente vincente in Messico, il PRI²⁵⁹.

L'attuale sindaca di Tekax, Maria del Pilar, amica di Sandra di vecchia data, le aveva chiesto di sostenere la sua candidatura e di intervenire attivamente sul territorio fornendo il servizio medico specialistico per le donne del municipio e delle zone limitrofe, in maniera quasi gratuita. Nel corso dei cinque mesi precedenti le elezioni, la signora Maria avrebbe pagato la maggior parte delle spese necessarie per offrire un servizio medico specialistico di alta qualità alle proprie concittadine.

Sandra ha accettato questa richiesta di buon grado per due motivi: condivide le stesse posizioni politiche della candidata; crede nelle possibilità di un miglioramento della vita del municipio grazie a Maria; ed, infine, è sempre felice di lavorare a Tekax perché è il municipio dove ha lavorato suo zio, l'unico medico nella famiglia prima di lei.

L'obiettivo di questo progetto consisteva nello svolgere una campagna di prevenzione e diagnosi del Papilloma Virus, la cui incidenza è altissima nel contesto locale. In questo modo si voleva individuare in maniera tempestiva la presenza del virus e/o dei diversi stadi del cancro all'utero di cui tale virus è la causa principale.

²⁵⁸ La nascita e la strutturazione differisce dalla norma generale dei progetti assistenziali nei contesti comunitari. Mi riferisco con tale espressione a tutti i progetti assistenziali, di diverso stampo, che vengono svolti all'interno dei municipi o dei centri urbani minori dello Yucatan, contesti caratterizzati da un'alta marginalità sociale, economica e politica, in cui le persone hanno un minore possibilità di accesso a servizi e beni rispetto al contesto urbano di Mérida. Generalmente in questi contesti la popolazione, soprattutto di età adulta e/o avanzata, utilizza la lingua maya come principale canale comunicativo. Si tratta di contesti ad alto tasso di migrazione sia verso le zone urbane dello stato o degli altri stati messicani sia verso gli Stati Uniti.

²⁵⁹ Il Partito Rivoluzionario Istituzionale ha governato il Messico per settanta anni, dal 1929 al 2000. Le prime elezioni vinte dal PAN sono state quelle del 2001. Il PRI ha riacquisito il proprio potere nel 2012 con la vittoria alla presidenza del paese di Enrique Peña Nieto.

Da febbraio a giugno mi sono recata, una volta a settimana, insieme a Sandra e a Gloria a Tekax; le ho seguite mentre svolgevano le visite e ho intervistato molte delle donne che hanno usufruito di questo servizio. Durante ogni giornata lavorativa si arrivava a visitare da un minimo di venti ad un massimo di trenta pazienti. Ogni visita aveva in media la durata di mezz'ora/quarantacinque minuti. Le pazienti erano tenute a pagare esclusivamente il prezzo degli esami specialisti: il pap-test e la colposcopia, per la cifra di 120 pesos (pari a circa sette euro). La lunga durata del progetto ha permesso di effettuare le diagnosi e successivamente di seguire il decorso dei trattamenti delle pazienti, arrivando anche nei casi più gravi alla cura definitiva. In alcuni casi le pazienti hanno scoperto di essere affette da un tumore all'utero ai primi stadi di sviluppo; Sandra si è occupata di seguire l'intervento chirurgico e il trattamento terapeutico in tutte le sue fasi.

Seguire questo progetto mi ha dato la possibilità di conoscere molte donne che per età ed esperienze erano diverse da quelle incontrate negli ospedali. La maggior parte di queste donne avevano superato i trent'anni, età in cui si consiglia di iniziare a sottoporsi ai controlli ginecologici almeno una volta all'anno. Quasi tutte avevano avuto gravidanze e già superato la fase della vita in cui la riproduzione ha un'importanza fondamentale, molte avevano deciso di non voler avere più figli o avevano già raggiunto la menopausa. La maggior parte erano donne adulte, signore con famiglie numerose, alcune erano nonne, qualcuna anche bisnonna. In pochi casi queste donne avevano deciso di essere sterilizzate, molte però erano poco soddisfatte dell'efficacia della contraccezione medica e, più in generale, dei servizi di diagnosi e di terapia offerti nelle strutture mediche statali.

Spesso ho incontrato donne che avevano relazioni di parentela tra loro, madri e figlie, sorelle e cognate. Si organizzavano per raggiungere insieme il posto dove venivano offerte le visite, anche dalle *comisarias* più lontane dal municipio. Molte di loro avevano qualche problema di tipo infettivo di cui quasi mai erano a conoscenza pur essendosi sottoposte periodicamente ai controlli medici²⁶⁰. Affette in molti casi da qualche problema medico, hanno usufruito dell'assistenza di Sandra più di una volta. Ciò mi ha permesso di incontrarle più volte durante tutto il periodo del trattamento.

In quest'occasione le donne si sono sottoposte alla visita ginecologica, alla colposcopia e al pap-test ed erano soddisfatte del servizio che stavano ricevendo, soprattutto perché riuscivano

²⁶⁰ Spesso le diagnosi che vengono fatte in seguito al pap-test non sono corrette, i risultati degli esami clinici possono essere sbagliati sia per errori dei laboratori chimici sia per errori del personale sanitario. Quando queste donne si recano nell'ambulatorio medico pubblico del proprio municipio l'assistenza fornita da infermieri e da medici non specializzati che possono quindi non essere a conoscenza del corretto utilizzo clinico di un pap-test. Il lavoro di ricerca Judith Elena Ortega Canto (2013) ha dimostrato la veridicità di queste considerazioni e quanto le conseguenze di simili errori medici possano essere pesanti per le condizioni di salute delle donne.

a capire che tipo di problemi avevano e come intervenire. In molti casi, Sandra forniva anche le terapie, quando si trattava di creme, tamponi e ovuli: regalava i campioni gratuiti che generalmente vengono lasciati in clinica dai rappresentanti delle varie case farmaceutiche. Durante queste giornate, ho avuto modo di essere presente a molte visite ginecologiche. Ho avuto la possibilità di capire in prima persona quali fossero le condizioni di salute delle donne che incontravo e di vedere come si svolge una visita in un contesto diverso da quello ospedaliero. Le modalità di offerta del servizio e la relazione che si instaura tra la dottoressa e la paziente sono diverse, sia nei tempi sia nell'accuratezza dell'assistenza.

La percentuale di pazienti che presentano qualche infezione o problema a livello vaginale e/o uterino era alta. Talmente alta che io stessa mi stupivo del grado di incidenza di malattie ed infezioni a trasmissione sessuale. Un giorno, dopo l'ennesima visita in cui la paziente risulta avere un'infezione, un po' preoccupata e molto ingenuamente, ho chiesto a Sandra se per caso avere qualche infezione fosse normale per tutte le donne. Lei, andando su tutte le furie per la "sciocchezza" che avevo detto, mi ha spiegato che le condizioni di salute di quelle donne erano "eccezionali" ma che nelle loro circostanze strutturali di vita diventavano "normali".

La maggior parte delle donne che stava visitando non solo non potevano usufruire di servizi medici di qualità, ma non avevano neanche una vita sessuale sana. Secondo Sandra, e le donne quasi sempre confermavano queste ipotesi, erano gli uomini nella maggior parte dei casi le cause di quelle infezioni. Gli uomini spesso, pur avendo una sessualità promiscua, non utilizzano protezioni, diventando vettori di infezioni e malattie tra le donne; la loro igiene personale probabilmente carente aumenta le possibilità di problemi e disfunzioni.

Quando si parla di riproduzione e sessualità soprattutto con donne adulte provenienti da contesti rurali, la difficoltà maggiore è riuscire ad essere espliciti e chiari, permettere alle pazienti di comprendere quali siano le loro condizioni di salute, come procedere con le terapie e l'importanza del trattamento di cura. Una questione fondamentale è rendere consapevoli le pazienti della necessità di seguire tutte le indicazioni mediche, tra cui soprattutto quella di astenersi da relazioni sessuali durante il trattamento terapeutico. La guarigione si ottiene soltanto quando entrambi i membri di una coppia seguono la terapia e si fanno carico insieme della propria salute sessuale e riproduttiva. Per questo motivo Sandra richiedeva spesso la presenza dell'uomo, del marito o del compagno della paziente, al quale spiegava quali erano le condizioni di salute della donna e quanto fosse importante che anche lui seguisse le terapie prescritte. Inoltre, per essere efficaci i trattamenti devono essere assunti durante un periodo di astinenza dall'alcool. A causa della grande diffusione dell'alcolismo era importante spiegare agli uomini l'importanza di seguire le terapie nella maniera più corretta.

Le infezioni e/o i problemi di altra natura sono spesso una delle principali cause che impediscono alle donne di godere a pieno della propria sessualità, Sandra ne parlava con le pazienti durante le visite. Le donne spesso ammettevano di non avere la possibilità di godere dei rapporti sessuali: fastidi, bruciori e dolori di vario grado impediscono e ostacolano il piacere e hanno conseguenze anche sul desiderio. Nel contesto locale, agli uomini però non sempre interessa questo fattore e generalmente le donne non hanno molto potere di negoziazione. Le donne possono rifiutarsi di avere relazioni sessuali, ma non sempre è così facile: molte delle relazioni di coppia che vivono sono caratterizzate anche da alti gradi di violenza domestica dovuti in molti casi alle massicce dosi di alcol consumate dai compagni.

Sandra, nella clinica medica, pone molta attenzione sulla sessualità, il suo obiettivo è che questa sfera della vita possa essere sana e appagante per le sue pazienti poiché essa rappresenta il primo passo per acquisire consapevolezza e controllo del proprio corpo e di sé stesse. L'assistenza clinica riguarda e investe la salute delle donne, intesa come articolazione tra i diversi aspetti della vita.

Dal punto di vista di Sandra portare avanti questo progetto significa sostenere le donne.

Sandra ha deciso di appoggiare la candidatura di Maria del Pilar perché la conosce da tempo, perché è una donna che pur non ricoprendo un ruolo istituzionale si è sempre mobilitata per migliorare la vita della propria comunità. Maria è una donna che ha studiato, ha costruito un suo percorso biografico ed è oggi la proprietaria del ristorante più importante e più grande del municipio. La candidata è molto conosciuta e le pazienti dicono che, anche senza partecipare attivamente alla vita politica locale, ha sempre cercato di contribuire a migliorare le condizioni di vita delle donne della zona.

Maria si candida nelle fila del Partito Rivoluzionario Istituzionale (PRI). Sandra non è mai stata una sostenitrice del PRI, almeno a livello nazionale e statale, e ha votato per il Partito della Rivoluzione Democratica²⁶¹ (PRD). Mi ha spiegato che secondo lei, nel caso dei municipi, tra un partito e l'altro ci sono poche differenze e che quindi si deve guardare tanto allo schieramento politico di appartenenza, quanto alle singole persone.

Ad ogni livello della vita politica del paese, i partiti, in alcuni casi più che in altri, funzionano e agiscono seguendo una logica comune, fatta di corruzione, di favoritismi e di clientelismi²⁶².

Per questi motivi Sandra crede che le possibilità di cambiamento sono rappresentate dalle

²⁶¹ Partito politico di ispirazione progressista e socialdemocratica, è una forza politica nata dalla parte più a sinistra del PRI.

²⁶² A livello delle elezioni nazionali, sembrava che nell'ultima campagna elettorale l'unica alternativa che potesse garantire al paese un miglioramento nelle condizioni della democrazia e una diminuzione della corruzione e della violenza dilagante fosse rappresentata dal PRD e dalla candidatura alla presidenza della repubblica di Manuel Lopez Obrador.

single persone più che dagli schieramenti politici. L'attività svolta dalla dottoressa permette alla candidata di guadagnare consenso tra le donne: si rivolge a loro e agisce in maniera diretta e immediata sulla loro salute.

All'inizio, svolgere un programma di assistenza medica come attività interna a una campagna elettorale mi era sembrato “strano”, in qualche modo anche “scorretto”, poi ho capito che la gestione della campagna elettorale in Messico ha le sue regole, o meglio, che non ci sono regole. Soprattutto a livello locale, per ottenere voti si può offrire in cambio qualsiasi cosa. I politici possono riempire la dispensa degli elettori, sostenerli economicamente, regalare loro televisori, magliette, cappellini... Estranea alle dinamiche elettorali locali, all'inizio avevo fatto fatica a capire quanto queste fossero pratiche “normali”, ampiamente condivise e utilizzate. Chi appartiene ai settori della popolazione più marginali, consapevole di quanto con il proprio voto acquisisca un potere di negoziazione, è disposto ad accettare qualsiasi tipo di servizio e/o di bene materiale. Il mercato dei voti e la corruzione sono oggetto di forti critiche da parte di alcuni settori sociali ma allo stesso tempo sono elementi intrinseci del sistema elettorale messicano.

Il progetto di cui sto scrivendo, pur inserendosi all'interno della stessa logica di acquisizione del sostegno elettorale sulla base della regola dare-avere, se ne discosta, poiché incide in maniera positiva sulle condizioni di vita delle donne, permettendo loro di accedere ad un servizio medico specialistico di alta qualità. In questa circostanza, per le donne si presentava un'opportunità che altrimenti non avrebbero avuto. Proprio in virtù delle particolari condizioni di vita in cui vivono, le donne che ho conosciuto erano consapevoli di avere un potere di negoziazione – definito dal proprio voto – da utilizzare e mettere in gioco. Allo stesso tempo, questo progetto rappresentava, per Sandra e la sua equipe, un modo per intervenire su un contesto sociale seguendo i propri principi e ampliando il raggio di azione del proprio lavoro a favore dei diritti delle donne. L'assistenza medica fornita da SHSSR è superiore, per la qualità del servizio, rispetto a quella delle istituzioni ospedaliere in cui ho condotto la ricerca. Questo dato può risultare ovvio alla luce delle differenze relative al numero di pazienti, al rapporto tra la domanda e l'offerta dei servizi, alla disponibilità delle risorse economiche e materiali. Le condizioni strutturali di grande carenza, umana e materiale, in cui si trovano le strutture ospedaliere contribuiscono a favorire questo divario ma la maggiore differenza che ho notato dipende dall'approccio diverso alla salute.

Diagnosticare, affrontare e risolvere un problema di salute sessuale e riproduttiva significa nella prospettiva lavorativa di Sandra andare ad incidere sulle possibilità e sulle capacità di vita delle donne, spesso delle coppie. L'assistenza medica presta attenzione non soltanto al

problema biologico e alla sua risoluzione, il processo terapeutico si basa sulla partecipazione attiva della paziente e del suo compagno, sulla loro consapevolezza. Secondo Sandra, la riproduzione e la sessualità sono sfere della vita, diverse e separate, che godono dello stesso grado di importanza. I soggetti da prendere in considerazione sono due, i membri di una coppia, un uomo e una donna. Le responsabilità della riproduzione e della sessualità umana non devono ricadere esclusivamente sulle spalle delle donne come avviene di norma nella gestione clinica istituzionale.

Un altro elemento che contraddistingue la pratica clinica di Sandra è la volontà di non discriminare la pazienti sulla base della loro appartenenza, della lingua che utilizzano, del contesto sociale, economico ed educativo da cui provengono, come spesso può succedere all'interno degli ospedali.

Le critiche che SHSSR muove al settore della salute istituzionale non riguardano solamente la gestione clinica e l'atteggiamento medico nei confronti dell'aborto. Le critiche interessano l'ambito dell'assistenza ai parti: il numero dei cesari è eccessivamente superiore al numero dei parti naturali. Questo dato non dipende tanto dalle reali condizioni di salute delle donne, quanto dalla possibilità per la classe medica di avere minori difficoltà e rischi durante un cesareo e di poter lavorare più velocemente.

Le critiche, inoltre, riguardano la gestione della pianificazione familiare: questa è tutta incentrata sulla responsabilità riproduttiva della donna come se l'uomo, totalmente escluso dal programma, non avesse alcun peso nella riproduzione umana; i medici esercitano forti pressioni affinché le donne accettino l'utilizzo di metodi duraturi e nello specifico il DIU e la sterilizzazione. L'altissima percentuale di utilizzo della *ligadura* (sterilizzazione) è uno degli elementi per cui Sandra, per esempio, critica maggiormente le istituzioni di salute pubblica. Sandra è contraria a questa tecnica e soprattutto all'utilizzo che di essa, per troppo tempo, è stato fatto da parte dei governi e delle istituzioni mediche. Sostiene che la sterilizzazione rappresenti un modo per utilizzare la medicina come strumento di gestione e di controllo del corpo delle donne: una pratica medica volta a privare le donne, soprattutto se appartenenti a determinati settori della popolazione – i più marginali - della loro capacità di procreazione. In una prospettiva più ampia, privare le donne della capacità e della possibilità di procreare significa, per questa ginecologa, silenziare in maniera definitiva e irreversibile la produttività dei loro corpi, privandole anche di un riconoscimento sociale fondamentale e condiviso che trova nelle capacità della riproduzione il principale potere delle donne.

Nella traiettoria femminista di Sandra e di alcune delle sue collaboratrici la concezione della femminilità e della donna "localmente condivisa" è criticata, esse ritengono che la maternità

sia sopravvalutata (a livello locale, nazionale, e internazionale). Nonostante le critiche mosse alle costruzioni sociali dei ruoli maschili e femminili e alle disuguaglianze di potere che informano le relazioni tra i generi nell'atteggiamento di Sandra c'è la profonda consapevolezza di quanto questi elementi incidano sulle possibilità di accedere a servizi medici "più giusti" e sulle traiettorie di vita delle donne.

8.6 Donne, interruzione di gravidanza e lotta per i diritti

SHSSR si interessa di tutto ciò che riguarda la sfera della sessualità e della riproduzione. SHSSR lavora contrapponendosi alle istituzioni governative e religiose. Critica fortemente le ideologie e le pratiche con cui lo Stato, i gruppi conservatori e le istituzioni religiose incidono sulle vite delle donne. Controllare, disciplinare e governare i corpi delle donne significa per tutti questi attori esercitare una capacità di gestione della società nel suo complesso.

Ritengo importante sottolineare come il rapporto tra l'associazione e lo Stato sia fortemente conflittuale ma allo stesso tempo collaborativo. La clinica è tollerata. Essa rappresenta l'unico spazio medico a cui, in casi eccezionali, le istituzioni sanitarie statali possono rivolgersi affinché fornisca il servizio dell'interruzione di gravidanza quando, almeno in linea di principio, dovrebbero essere loro stesse a farsene carico. La presenza e l'attività della clinica garantisce alle strutture mediche statali la copertura di uno spazio di assistenza lasciato vuoto dalle istituzioni governative nella fornitura dei servizi medici relativi all'interruzione della gravidanza. Nel corso del tempo la clinica si è fatta carico di casi inviati dagli ospedali pubblici, svolgendo in questo modo quello che Sandra chiama "il lavoro sporco" di cui i medici ospedalieri non vogliono occuparsi. Questo meccanismo di "invio" delle pazienti non è ufficiale ma si definisce su accordi informali. La natura dei rapporti tra la clinica e le strutture sanitarie varia nel tempo e il grado di collaborazione tra le strutture dipende soprattutto dalle persone che ricoprono i ruoli dirigenziali istituzionali. Per esempio, nel periodo della mia ricerca, la vicinanza di posizioni tra il primario del reparto di ginecologia dell'O'Horán e Sandra ha reso possibile una maggiore collaborazione.

A questo proposito credo che sia importante esplicitare quanto queste informazioni godano di un alto grado di "riservatezza". È soltanto verso la fine del mio periodo di ricerca che ho potuto chiedere spiegazioni e fare domande dirette che riguardassero i rapporti tra le istituzioni statali (mediche e giuridiche) e il gruppo. Molti "dati" che sto utilizzando

all'interno di questo capitolo sono stati "colti" attraverso la frequentazione quotidiana della clinica e di Sandra. Per esempio, avevo intuito, sin dall'inizio della mia ricerca, l'esistenza di uno stretto rapporto di amicizia tra la dottoressa e il dottor Basto, il primario di ginecologia. Ma non avevo compreso fino in fondo quali fossero le implicazioni di questo rapporto sul piano lavorativo. Un giorno ho incontrato il primario nella clinica: era lì per visitare alcune pazienti. In questo modo, per un caso, ho capito che anche lui era tra i medici che lavorano nella clinica e ho "scoperto" che, da quando era diventato il primario di ginecologia del più importante ospedale di Mérida, era aumentato il numero di pazienti che venivano inviate alla clinica, dalla struttura pubblica, per richiedere un aborto.

Nella maggior parte dei casi, le donne che si rivolgono alla clinica cercano assistenza per interrompere una gravidanza non desiderata e/o non pianificata. Le pazienti che ho visto entrare nella clinica o accedere, in altre circostanze, ai servizi offerti da SHSSR appartengono a diverse "categorie" di donne. Come dice Eldy: "Abbiamo pazienti di ogni tipo, dall'universitaria cattolica di buona famiglia alla donna che vive in condizioni molto umili [...] Ci sono alcune che vengono e non parlano, lasciano che parli l'uomo, e ci sono quelle che invece arrivano e senza problemi ti dicono che vengono per un aborto o ti chiedono quanto costa un aborto come se fossero *tortillas* o dolci, dipende. Ci sono persone di ogni tipo"²⁶³.

La maggior parte delle pazienti che si rivolgono alla clinica arrivano per un aborto e poi restano come pazienti fisse, in alcuni casi possono tornare per ripetere l'intervento a distanza di anni. La clinica e l'associazione sono molto conosciute, anche per tutti gli altri servizi ginecologici e, negli ultimi anni, la struttura rappresenta uno dei centri più qualificati nella diagnosi e nel trattamento del papilloma virus. Nella clinica l'interruzione della gravidanza è considerata alla stregua degli altri servizi medici e le pazienti si sentono sollevate quando capiscono che non si trovano in una "clinica per gli aborti" di quelle clandestine, in cui vengono maltrattate dal punto di vista fisico e psicologico.

Secondo quanto ho potuto vedere e quanto mi è stato riferito da chi lavora nella struttura queste donne sperimentano diverse difficoltà prima di essere sottoposte all'intervento. Nella maggior parte dei casi, le donne sono preoccupate per l'intervento e la sofferenza è legata alla decisione; nel momento in cui si rivolgono alla clinica sono già convinte della propria scelta. Dopo, quando vengono dimesse e lasciano la clinica, sono tranquille.

²⁶³ "Tenemos de todo tipo, de la universitaria católica a la que es muy humilde [...] algunas vienen y no hablan, habla el hombre y hay otras que llegan y te preguntan cuanto cuesta un aborto como si estuvieran comprando galletas o tortillas, hay de todo" [Intervista 18/12/13].

Non ho avuto modo di incontrare nessuna paziente che si è sottoposta ad un'interruzione della gravidanza. Le donne non vogliono parlare dell'aborto. Eldy mi spiega che: "Nessuna delle donne che viene qui dirà mai a qualcuno "io ho abortito", non lo dirà mai. A volte ti chiedono per esempio se lo devono comunicare quando vanno da un medico a fare una visita. Non sanno come si devono comportare. E noi quello che rispondiamo è che lo possono dire a chi vogliono o possono non dirlo, dipende da loro. Non sono orgogliose di quello che hanno fatto, ma non se ne pentono. L'aborto è stigmatizzato, non si può dire che hai abortito. Si vergognano ma è molto diverso vergognarsi dal pentirsi. È diverso venire qui dall'andare dal dentista"²⁶⁴.

È proprio sul tema della stigmatizzazione dell'aborto che l'associazione vuole intervenire. Si tratta di un atteggiamento condiviso "nel senso comune" e, secondo i membri del gruppo, la classe medica gioca un ruolo fondamentale nella definizione di questo senso comune. Consuelo un giorno proprio a questo proposito mi dice: "Non possiamo dire con certezza come si comportano tutti i medici [negli ospedali pubblici], non possiamo dire con certezza se forniscono tutte le informazioni necessarie e corrette alle loro pazienti ma certamente sappiamo che fanno tutto il possibile per fare in modo che si portino a termine le gravidanze, anche nei casi in cui è a rischio la salute della donna. Generalmente l'atteggiamento nei confronti dell'aborto dipende molto di più dall'atteggiamento personale e morale, religioso, piuttosto che dall'essere medico. È più la religione che in qualche modo porta a dire quello che si deve e non si deve fare"²⁶⁵.

Il lavoro di SHSSR ha dimostrato nel corso del tempo come conseguenze sulla salute, psicologica e fisica, di una donna che decide di interrompere la propria gravidanza siano dovute ai modi del procedimento e non all'aborto in sé. "Ma questa è una lotta che dobbiamo combattere contro tutto l'apparato governativo e il sistema religioso", come mi dice Sandra un giorno.

Quella che, da vent'anni, hanno intrapreso Sandra e molte altre donne con lei, è una "lotta" contro le leggi, contro le istituzioni governative e religiose che, dal loro punto di vista, vogliono controllare le vite delle persone facendo continuamente presa su "il senso di colpa", vogliono determinare che cosa le donne possono e devono fare con il proprio corpo. Per le

²⁶⁴ "Es diferente que tengan vergüenza a que se arrepientan. Osea que ninguna de estas te va a decir "yo aborté" a nadie, no se lo van a decir a quien no lo sabe. porque luego te preguntan y lo tengo que decir cuando yo vaya al doctor o cualquier otra cosa? No, dicelo a quien quieras, no lo tienes que decir. No se arrepienten, no se sienten orgullosas pero no se arrepienten. Están en lo que están pero no tienen que decirlo" [Intervista 18/12/13].

²⁶⁵ "No te puedo decir si le dan la información o si lo hacen o no, nos hemos enterados que hacen todo lo posible para que lo tengan, así aunque si esta en problema su vida de la mujer. Por no tener el problema moral del medico, porque se manejan mas por cuestiones religiosas que por cuestiones de compromiso como medico o como sector salud" [Intervista 08/03/12].

attiviste anche il cambiamento del primo articolo costituzionale ha questi obiettivi. Le parole di Consuelo a tale proposito sono chiare:

“Come matte ci vogliono trattare e noi questo non lo possiamo accettare. Se decidi di essere curata allora ti possono perdonare. Le donne che decidono di abortire non devono essere sottoposte ad un trattamento psichiatrico, non necessariamente le donne devono pentirsi e vergognarsi per aver voluto abortire. Non c’è nessuno motivo neanche perché debbano metterle in prigione, le donne hanno il diritto di decidere sul proprio corpo. Ma è una lotta che facciamo da molto tempo e durante tutto questo processo sembra che adesso la chiesa e la destra politica stiano acquistando sempre più terreno”²⁶⁶.

Oggi le condizioni giuridiche non sono cambiate, le possibilità che l’aborto venga legalizzato in Yucatán così come negli altri stati della repubblica messicano non esistono: non se ne parla, le forze politiche al governo spingono verso una maggiore restrizione delle possibilità di esercitare ogni diritto da parte della cittadinanza, di sesso maschile e femminile. Le donne, in tutto il Messico, continuano a essere denunciate per aver abortito e a essere sottoposte a processi che sono legali e soprattutto mediatici, politici, sociali e morali.

Sandra continua a portare avanti il lavoro della clinica ma le difficoltà sono sempre maggiori: a livello locale il movimento è debole. A distanza di tempo, la mia idea è che non ci siano in questo momento figure del calibro di Sandra che possano assumerne l’eredità e proseguirne il lavoro. È anche vero che il suo carattere autoritario e accentratore ha portato Sandra a costruire una struttura dell’attivismo che è piramidale in cui difficilmente delega ad altri decisioni e responsabilità.

8.7 Attivismo Pro-Choice a Mérida

Oggi, nella società yucateca persiste il contrasto tra il conservatorismo cattolico e il progressismo dei settori più liberali. In passato, lo Yucatán è stato lo scenario della Guerra delle Caste e dell’effimero movimento separatista, in cui la cosiddetta “casta divina”, formata

²⁶⁶ “Pero no estamos de acuerdo, no estamos de acuerdo estaes la modifciacion que hicieron te puedo perdonar si aceptas que te den tratamiento psiquiatrico. Entonces dijimos que como locas nos quieren tratar y entonces esto todavia no lo aceptamos osea no tienen porque tener ellas tratamiento psiquiátrico, esto es el concepto que estamos luchando porque no estamos de acuerdo porque no necesariamente yo me voy a arrepentir de una interrupción. El gobierno o las leyes quieren ellos determinar o mas bien la iglesia que siempre queda con sentimiento de culpa” [Intervista 08/03/12].

dalle famiglie più potenti dello stato, difendeva i propri privilegi²⁶⁷. Gli effetti di lunga durata di questi movimenti di dissenso hanno portato lo Yucatán ad essere il crogiolo del socialismo e del movimento femminista in Messico. Durante gli anni della Rivoluzione Messicana, entrambi questi movimenti politici furono agevolati dall'opera del governatore Felipe Carrillo Puerto; a Mérida si tenne il primo congresso femminista del paese, di cui proprio quest'anno ricorre il centenario.

Nelle epoche più recenti, sia Mérida sia tutto lo stato, si sono configurate come zone politicamente controllate dalla destra cattolica incarnata dal PAN (Partito di Azione Nazionale). Solo negli ultimi anni è tornato al potere dello stato e del governo municipale della capitale il PRI (Partito Rivoluzionario Istituzionale). Tale cambiamento nell'orientamento politico governativo non ha avuto però grandi risultati nella definizione delle politiche e degli atteggiamenti istituzionali in relazione ai temi di cui scrivo. L'egemonia del pragmatismo del PRI sembra infatti non avere nessun problema nel sostenere progetti clericali quando questi possono essere fonte di guadagni - reali o teorici -.

Se nell'epoca post-rivoluzionaria si verificò un avanzamento delle correnti progressiste, nella storia più recente si sono sperimentate grandi regressioni inerenti i diritti sessuali e riproduttivi, come l'approvazione della riforma costituzionale contro l'aborto. I passi indietro fatti all'interno di una delle legislazioni più avanzate in questa materia (e vigente dagli anni del socialismo di Carrillo Puerto) hanno oggi conseguenze profonde sulla vita sociale e politica dello stato²⁶⁸.

Di fronte ai cambiamenti delle circostanze storiche e politiche ci sono persone che mantengono i propri "principi di lotta", come Sandra Peniche, che guida la lotta per i diritti sessuali in Yucatán. Tra i miei appunti di campo trovo una frase che mi ha detto in uno dei nostri lunghi viaggi in macchina verso Tekax. A proposito dell'escalation del potere clericale e della destra, diceva "ci troviamo ad affrontare una reazione dei gruppi e delle élite conservatori davanti all'avanzamento dell'esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi"²⁶⁹.

Come scritto all'interno di questo capitolo, quella che Sandra chiama "la lotta" in difesa delle donne e dei loro diritti sessuali e riproduttivi ha provocato nel corso del tempo, forti reazioni da parte dei settori conservatori della società, a livello sia locale che nazionale, rappresentati in modo particolare dai diversi gruppi antiaborto e Pro-Life.

Gli eventi più recenti, secondo quanto mi ha raccontato Sandra mentre ero già tornata in Italia, hanno riguardato proprio il gruppo antiabortista di VIFAC con cui ho svolto una parte

²⁶⁷ Per un approfondimento rimando al testo di Nelson Reed "*La guerra de castas en Yucatán*" (2010 [1964]).

²⁶⁸ Di queste tematiche si occupa un testo recentemente pubblicato di Ivan Franco Caceres (2013).

²⁶⁹ Dalle note di campo 04/05/12.

della mia ricerca. Il 26 marzo del 2014, un centinaio di persone convocate da gruppi antiabortisti e settori del clero hanno “marciato contro” la clinica con atti di osteggiamento e intimidazioni nei confronti del personale. Tale concentrazione di persone ha avuto l’appoggio dell’arcidiocesi dello Yucatán e del Gruppo Franciscano di Maria, di Paternità Responsabile, di Vifac e di Provida. A seguito di questa marcia, diverse organizzazioni femministe a livello nazionale hanno inviato una lettera aperta, all’attuale governatore dello stato, Rolando Zapata Bello, denunciando “gli atti di intimidazione di cui sono stati oggetto le persone che integrano l’organizzazione SHSSR. Atti dovuti al loro lavoro in difesa e promozione dei diritti sessuali e riproduttivi degli uomini e delle donne in Yucatán”.

All’interno del movimento Pro-Choice, in Messico e in tutta l’America Latina, Sandra è riconosciuta come una sorta di “istituzione”. Rappresenta con la sua persona e con il suo lavoro la critica al sistema istituzionale, sia accademico che sanitario, ha sempre lavorato in ambito privato o non governativo.

Sandra è yucateca, nata e vissuta tutta la vita a Mérida. Viene da una famiglia benestante della borghesia urbana, una famiglia di medici di cui lei ha portato avanti la professione deviandone completamente la direzione. È l’unica donna della sua famiglia che ha studiato medicina. Dall’inizio degli anni Novanta ha guidato la “lotta” per i diritti sessuali e riproduttivi in Yucatán, ma il suo impegno in questa causa ha radici molto più profonde nella sua traiettoria biografica.

Mi racconta che sin da piccola, avendo compiuto i suoi primi studi nelle scuole cattoliche, ha iniziato a “scoprire” l’autoritarismo e la “doppia morale” diffusa in tutto lo stato, sia nelle sfere politiche e governative che in quelle religiose del clero. Sandra ha sempre avuto un atteggiamento di grande critica nei confronti del dogma religioso, delle discipline e delle pratiche di controllo e assoggettamento delle donne e degli atteggiamenti discriminatori nei confronti della diversità sessuale. È negli anni dei suoi studi universitari che il suo dissenso nei confronti delle egemonie ecclesiastiche, sociali e politiche ha assunto una configurazione sempre più definita.

Mi racconta che dopo aver iniziato i suoi studi di medicina e psichiatria si rende conto che anche da parte di tali “discipline” si ha un “esercizio di potere contro le donne” ed è per questo motivo che “sono diventata femminista senza saperlo neanche io”, dice. Nell’epoca in cui lei ha iniziato gli studi di medicina, all’interno dei circoli familiari e sociali della società meridiana, si diceva che se una donna studiava discipline scientifiche come la medicina, “si andava allontanando da Dio”. Ha sperimentato su di sé la discriminazione dovuta al fatto di essere donna all’interno di un percorso di studi quasi esclusivamente maschile, e di voler

vivere la sua femminilità in modo non conforme alle “normali” regole sociali e sessuali. Sandra è stata la prima ginecologa dichiaratamente lesbica nella storia della facoltà di medicina della UADY (Università Autonoma dello Yucatán).

Si è avvicinata ai femministi, alle teorie del genere e agli studi sulla sessualità, ha cambiato specializzazione e dalla psichiatria si è iniziata a occupare di ginecologia. In Messico in quel periodo storico le donne che studiavano medicina generalmente si specializzavano in psichiatria, in ginecologia e in salute pubblica²⁷⁰.

Sandra è partita dalla volontà di riscatto delle donne, dalla necessità di definire degli spazi di autonomia per le donne e delle donne, da un forte dissenso nei confronti delle declinazioni maschiliste della società messicana, che non solo discriminavano le donne ma anche ogni espressione della diversità sessuale e di genere. Ha fatto sua una specifica declinazione del femminismo, quella più dura e combattiva, forse anche quella meno disposta all'autocritica, perché proprio in virtù del raggiungimento di determinati obiettivi, ha sperimentato la necessità di mantenere una solidità e una rigidità di pensiero e pratica militante.

Sandra è una donna, lesbica, femminista, che ha sviluppato e incorporato un comportamento “maschile”. Nel suo modo di porsi e relazionarsi con gli altri (donne e uomini) il suo atteggiamento è quello di una persona fortemente impositiva, autoritaria. È come se per costruire quello è il suo ruolo oggi - e il potere che da esso deriva – si sia dovuta appropriare della stessa logica e delle stesse modalità di relazione dei suoi interlocutori: gli uomini. Nella sua lotta si è trovata (e si trova) a combattere all'interno di un campo in cui le regole del confronto dipendono principalmente dall'avversario, ha dovuto riconoscerle e utilizzarle per trovarsi sul suo stesso piano. Ha potuto raggiungere determinati obiettivi grazie alla capacità di avere quella stessa forza e utilizzare quello stesso potere che ha sempre criticato e combattuto.

Sandra ha una postura critica, il suo esercizio di decostruzione dell'ordine prestabilito la porta a combatterlo e cercare continuamente strategie possibili per sovvertirlo. Quando la conosci ti trovi davanti una persona dura, difficile, testarda, poco incline ad accettare le critiche e a fare autocritica. È difficile entrare in sintonia con lei e costruire una relazione di collaborazione se non si è pronti a capire alcuni lati della sua persona, soprattutto la sua rigidità. Potrei definirla come una persona spigolosa.

La sua forza impositiva è funzionale a mantenere saldo lo spazio di azione e di intervento che ha costruito nel corso degli ultimi venti anni. Forse senza quella forza poco gentile non

²⁷⁰ In Messico si tratta di una specializzazione specifica.

avrebbe potuto portare avanti il suo lavoro, non avrebbe potuto “mantenere attiva” l’azione militante che le è costata critiche, isolamento, attacchi, fatica e sacrifici.

Consuelo e Amelia hanno una posizione chiara rispetto all’aborto ma non si occupano quotidianamente e praticamente di questo tema, loro infatti “sono UNASSE”. Sandra, insieme a Eldy e in parte a Gloria, “sono SHSSR” e sebbene all’interno della clinica lavorino altre persone queste non sono “impegnate” nella causa della legalizzazione dell’aborto. Eldy e Gloria quando parlano delle due associazioni utilizzano l’espressione “essere SHSSR” in contrapposizione a “essere UNASSE”. È un modo per definire il senso di appartenenza al proprio gruppo e anche di rivendicare l’importanza e la peculiarità del proprio lavoro rispetto a quello che viene fatto nelle altre realtà associative. SHSSR non è migliore ma è diversa, le attività della clinica agiscono direttamente sulle condizioni di vita delle donne, ne migliorano le condizioni di salute: l’efficacia di questo lavoro è evidente, è immediata, è “reale”, spesso mi hanno detto.

Come mi spiega Eldy: “Io non ho mai lavorato con UNASSE. Non so niente di UNASSE. Non voglio avere niente a che vedere con loro. E poi non mi capirei e non avrei un buon rapporto con le due laureate [Amelia e Consuelo]. Loro fanno un lavoro che non è per me, io sono completamente *Servicios Humanitarios*, io sono felice di stare qui. Mi piace entrare a contatto con le persone, occuparmi di questi problemi. Mi piace la medicina, ho imparato molte cose che prima non conoscevo. All’inizio non entravo mai durante le visite o gli interventi adesso invece posso assistere a qualsiasi cosa perché in tanti anni di lavoro alla fine impari, conosco tutti gli strumenti”²⁷¹.

Né Eldy né Gloria si definiscono attiviste del movimento Pro-Choice, non si definiscono femministe, sarebbero d’accordo con la legalizzazione dell’aborto ma non si sentono parti in causa di una lotta, come Sandra. Lavorano nella clinica perché è un lavoro, ne condividono i presupposti e le azioni all’interno di un orizzonte di senso che appartiene più ad un’economia morale personale che collettiva.

Eldy lavora con Sandra da moltissimi anni, era la sua segretaria anche prima dell’apertura della clinica. È nata e cresciuta a Città del Messico e si è trasferita a Mérida insieme a sua madre dopo la morte di suo padre. Non si è mai sposata e non ha figli. Mi racconta che all’inizio non aveva una casa, non aveva una macchina, non aveva insomma la capacità di

²⁷¹ “Pero nunca he estado en Unasse, nunca pienso en Unasse, no quiero nada con Unasse yo soy Servicios totalmente. Además que no me entendería yo con la licenciadas, además que hacen ellas? Ferias, y yo odio las ferias. No podría. No yo no soy de este tipo, a mi dame aquí y yo estoy feliz, feliz. No se me dificulta tratar con la gente, me gusta el trabajo que hacemos, descubri que me gusta la medicina, no la conocía antes. Ahora los instrumentos conozco todo, descubri muchas cosas, me gusto hacer las cosas. Porque al principio yo no entraba y ahora puedo hacer cualquier cosa” [Entrevista 18/12/13].

essere autonoma. È maestra e lavorava in una scuola ma per avere una vita agiata ha deciso di svolgere un doppio lavoro ed è così che ha conosciuto Sandra. La persona che le ha presentato la dottoressa le aveva detto che, a causa del caratteraccio di Sandra, Eldy non avrebbe resistito più di qualche mese e, invece, è sempre rimasta con lei. All'inizio è stata la segretaria di Sandra nelle ore in cui non lavorava come maestra, poi ha lasciato la scuola e oggi si definisce "l'assistente personale della dottoressa".

Eldy non ha iniziato a collaborare con Sandra perché ne condivideva l'ideologia o perché fosse d'accordo con la legalizzazione dell'aborto. Un giorno, mentre parliamo della "lotta per i diritti", dell'attivismo sociale e delle campagne per la legalizzazione dell'aborto mi dice: "No, io non sono come te. Io credo che è molto difficile incontrare qualcuno che ci creda veramente in queste cose e che sia disposto a partecipare realmente. Certo che non ero d'accordo. E questa adesso che cosa va a fare lì? Dicevo all'inizio alla dottoressa! Io lavoro con la dottoressa, dove va lei vado io, io sono venuta per lei [...] Io sono cattolica, vado in chiesa, credo in Dio. Ma i preti, il clero e le istituzioni della Chiesa sono un'altra cosa. Ti posso dire che è difficile incontrare una persona cattolica che sia così buona come è la dottoressa pur essendo atea. Le piace aiutare le persone, le piace. Una cosa è che gridi e un'altra cosa è che poi aiuti veramente le persone. Realmente si preoccupa per gli altri. Difficilmente le persone fanno queste cose"²⁷².

Quando le chiedo se la decisione di lavorare nella clinica le avesse mai causato qualche conflitto personale mi risponde: "No, sai perché? In ogni modo le donne abortiscono, come e con chi non importa. Se si ammazzano o ammazzano qualcun altro, lo fanno, e quindi meglio che siano assistite e appoggiate nel migliore dei modi. Sembra ironico ma è proprio perché mi piacciono i bambini, perché non voglio che nascano bambini che poi non vengono trattati bene, che vengano maltrattati, regalati o abbandonati. Questo secondo me è peggioro. Io non ho niente a che vedere [con l'attivismo], io attraverso di lei [Sandra] ho imparato tutto questo, io la seguo. La seguo ma non vado contro le mie convinzioni, piano piano ho imparato. Non pensare che quando abbiamo aperto io sapevo tutto quello che bisogna sapere, ovvio che no.

²⁷² "Como tu no, como tu no. claro que no estaba de acuerdo, y esta que va a hacer alla le decía a la doctora al principio, pero bueno... si porque me dijo: "te quedas en unase o te vas a la clinica conmigo?". No, que nunca he trabajado en unase. No yo me voy a la clinica, con usted a donde vaya, yo vine por ella, por ella. Si, si, yo soy católica, voy a la iglesia y todo, pero también veo en la iglesia muchas que han venido aquí a hacerse abortos y yo no me he hecho nada. Ellas lo están haciendo yo no. ahora yo soy católica pero no soy mocha. Yo creo en Dios, pero en los padres ya es otra cosa. La Iglesia como institución es otra cosa, es otra cosa. Pero también estar trabajando con ella que es así tan anticatólica como es? Ella lo sabe, ella lo sabe. es atea pero ella lo sabe y lo respecta y creo que por esto que llevamos tanto tiempo trabajando juntas, porque hay respecto. Yo te puedo decir que es difícil encontrar una persona católica que sea tan buena como ella de atea. Osea le gusta ayudar a la gente, le gusta" [Entrevista 18/12/13].

Lei [Sandra] lo sa, lei è atea però mi rispetta, ci rispettiamo e credo che è per questo che riusciamo a lavorare bene e che sono così tanti anni che lavoriamo insieme”²⁷³.

Anche Gloria è cattolica, anche lei non si definisce attivista ma solo un’infermiera che lavora all’interno di una clinica. Gloria ha venticinque anni, è una giovane donna timida e molto silenziosa, da quattro anni lavora al fianco di Sandra. Mi racconta che in teoria il suo contratto prevede un orario di lavoro definito, dalle nove di mattina fino alle sette di sera, spesso non viene rispettato. Si ritrova spesso a dover seguire la dottoressa, anche quando non ne avrebbe voglia, e a fare qualsiasi tipo di lavoro. Mi racconta che lavorare al fianco di Sandra non è semplice: “Non è mai gentile e non ti dice mai che hai fatto bene qualcosa”. Quando ha iniziato a lavorare nella clinica c’erano anche altre due infermiere ma visto che lavorare con Sandra è difficile e sei sempre sotto pressione, le altre hanno lasciato e lei è l’unica che ancora “resiste”. A Gloria piace il lavoro che svolge, il salario è ottimo rispetto a tante altre cliniche, il servizio medico che offrono alle pazienti è di alta qualità, sono sempre molto attenti a tutto, ha imparato molte cose da Sandra. Nonostante le difficoltà Gloria è contenta di lavorare con SHSSR perché Sandra tiene molto alle sue pazienti. Con il tempo ha imparato a gestire il cattivo carattere della dottoressa e la critica perché è troppo diretta e brusca quando si rivolge alle persone, a volte anche con i pazienti, soprattutto quando sono uomini.

Come Eldy anche Gloria critica la dottoressa per il suo modo di gestire le “finanze” della clinica. Oltre al lavoro della clinica SHSSR porta avanti altri progetti: organizza incontri e seminari, progetti di educazione, svolge spesso programmi assistenziali nelle zone più marginali dello stato. Queste attività però non forniscono guadagni e una simile gestione degli “affari” della clinica è secondo le due assistenti di Sandra, la principale causa delle difficoltà in cui si trova l’associazione. Per loro Sandra investe le risorse economiche che provengono dalla clinica in progetti che non hanno molto futuro proprio perché, criticando il sistema politico, istituzionale e religioso la struttura non è sostenuta da nessun ente a livello locale. Da qualche tempo, Eldy e Gloria hanno iniziato a far presente a Sandra la situazione finanziaria della clinica: quasi ogni giorno le dicono che se continuerà con questo tipo di gestione le cose non potranno migliorare. Ma Sandra ogni volta che si affronta questo tema va su tutte le furie

²⁷³ “No, sabes porque? De todas maneras lo van a hacer como sea y con quien sea, si se matan o maten a quien sea, lo van a hacer, entonces mejor que estén bien atendidas. Y parece ironia pero es porque me gustan los niños de acuerdo que nazcan niños que no quieren, que los maltraten, que los regalen, que los abandonen, esto es lo que no quiero, esto es lo que es peor.

Es que yo pensaba que tu era activista?

Y nada a que ver, yo por ella he aprendido todo esto, yo la sigo. La sigo no yendo contra lo mio. Yo la sigo a donde usted vaya yo voy a ver lo que hago, pero con usted le dije. Y poco a poco he ido aprendiendo todo lo que se, porque no creas que llegué y entraba y sabía todo lo que se tenía que saber. Obvio que no” [Entrevista 18/12/13].

e non vuole sentire ragioni secondo lei non si può fare economia sulla salute delle donne e non si può smettere di provare a portare avanti azioni di dissenso.

Sandra crede profondamente nel suo lavoro, di medico e di attivista. È in questa prospettiva che può essere compresa la sua partecipazione al progetto che ho seguito a Tekax. Probabilmente nessuno dei medici che ho conosciuto nei miei mesi di permanenza in Messico avrebbe portato avanti un'attività come questa. Nessuno avrebbe dedicato tempo, risorse e un'attenzione che è quasi devozioni alla salute di quelle donne. Forse quasi nessuno avrebbe svolto la propria professione in quelle condizioni: partire alle cinque di mattina da Mérida e rientrare alle nove di sera, fornire il servizio medico nella sala dei banchetti di un ristorante trasformata in un ambulatorio medico dotato dell'attrezzatura tecnica più all'avanguardia. Per mesi, una volta a settimana, abbiamo caricato il furgone di Sandra a Mérida, lo abbiamo scaricato a Tekax e abbiamo montato un ambulatorio specialistico dove è stato possibile fornire un'assistenza medica di alta qualità a donne che non si sarebbe mai potute permettere di pagare una visita ginecologica privata. Per Sandra era importante che anche quelle pazienti avessero un'assistenza medica reale.

L'obiettivo del lavoro di questa ginecologa è definire relazioni di genere basate sulla consapevolezza condivisa, tra uomini e donne, di una reale parità dei ruoli. Le donne devono poter entrare all'interno del mercato del lavoro, scegliere come gestire la propria vita, decidere come costruire il proprio percorso biografico. Tutto questo non è possibile fino a quando esse non potranno accedere a una gestione del proprio corpo che sia autonoma e libera – anche nella consapevolezza che la libertà assoluta riguarda solo l'ambito della teoria e delle idee, non quello della vita quotidiana.

Ho cercato di individuare e restituire gli assi su cui poggia il quadro ideologico che fa da trama alla pratica dell'attivismo. Ho conosciuto Sandra nella sua quotidianità, l'ho vista visitare donne di ogni estrazione sociale e relazionarsi con i loro compagni, partecipare a incontri istituzionali, tenere lezioni e conferenze, divertirsi durante la festa di compleanno di suo padre, bere una birra in una delle tante cantine di Mérida. Ho imparato a guardare oltre l'apparenza del suo ruolo “nella lotta”, a costruire una relazione di rispetto reciproco, a trovare un canale comunicativo che portasse a un dialogo paritario, a stringere un rapporto di affetto che andasse oltre il suo lavoro e la mia ricerca.

Perché è stato così importante capire chi è Sandra Peniche, qual è il suo ruolo e come esso intervenga sul contesto locale? Probabilmente perché, l'ho capito soltanto durante la scrittura di questo lavoro, è Sandra il movimento Pro-Choice a Mérida e in Yucatán. Sebbene possa sembrare un'affermazione forte, la mia analisi delle ideologie, delle dinamiche e delle

pratiche interne al gruppo di persone che definiscono SHSSR - ma anche UNASSE – mi porta ad essere convinta di questo dato.

Esiste un movimento femminista che assume diverse declinazioni e include molte donne che ricoprono anche ruoli di potere a livello dirigenziale, politico e istituzionale; esiste un movimento che lavora per il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi delle persone: le associazioni civili che si muovono in questo campo di azione sono molte e UNASSE è una delle più importanti, ma, non c'è nessun gruppo che lavori in maniera sistematica sul tema dell'interruzione della gravidanza e faccia pressioni per la legalizzazione di questa pratica.

La clinica è l'unico spazio in cui alle donne viene offerta una possibilità di scelta che incide sulle loro traiettorie di vita, in cui le pazienti possono accedere realmente ad un servizio medico che sia “sano” e “sicuro”.

CAPITOLO 9

IL MOVIMENTO PRO-LIFE, IL “SI ALLA VITA”, L’ADOZIONE E I DIRITTI DEL NON-NATO

9.1 Il Movimento Pro-Life a Mérida

Dopo due mesi dal mio arrivo a Mérida, quando la mia ricerca iniziava a prendere una forma sempre più definita tra gli spazi istituzionali e la clinica gestita dal movimento Pro-Choice, continuavo a cercare informazioni anche sul movimento Pro-Life o comunque su tutte quelle associazioni di afferenza per lo più cattolica che si interessano di riproduzione, di sostegno per la gravidanza, di metodi di pianificazione familiare naturali. Tra queste avevo principalmente individuato due gruppi: quello di *Paternidad Responsable* e il CAM (*Centro de Ayuda para la Mujer*).

La prima associazione, ha sede nel centro della città proprio a pochi metri di distanza da una delle sedi del movimento Pro-Choice. Le due associazioni, quasi in maniera metaforica, hanno sede sui lati opposti della stessa strada. Si tratta di un gruppo di volontari che si occupa di offrire corsi di formazione alle coppie per quanto riguarda l'utilizzo del metodo contraccettivo Billings. Lavorano in concomitanza con le parrocchie presenti su tutto il territorio statale e affiancano i corsi prematrimoniali che vengono tenuti per le coppie al ridosso del matrimonio. Il corso ha una durata variabile, generalmente si tratta di una lezione alla settimana per due mesi, a cui prendono parte entrambi i membri della coppia. L'obiettivo è quello di far conoscere il metodo contraccettivo e di fornire gli strumenti per utilizzarlo nella maniera più efficace possibile. In un primo momento avevo pensato di seguire qualcuno di questi corsi ma la maggior parte si tengono al di fuori del contesto urbano. Questo elemento rappresentava una serie di difficoltà pratiche da gestire ed inoltre la possibilità di seguire le coppie dipendeva strettamente dal consenso dei parroci delle diverse congregazioni in cui i corsi venivano impartiti. A questi elementi si aggiunga che i rappresentanti dell'associazione non erano molto disponibili a rispondere alle mie domande e poco aperti alla possibilità di farmi accedere alle coppie, a cui di volta in volta si rivolgono.

L'altra associazione CAM invece rappresenta un gruppo di matrice religiosa, costituito principalmente da suore che gestiscono sul territorio nazionale case di accoglienza per donne in difficoltà. Con loro non ho mai avuto la possibilità di parlare, nonostante le mie ripetute telefonate volte a ottenere un appuntamento con la direttrice. Le uniche informazioni che sono

riuscita a raccogliere avevano come fonte internet, articoli di giornale e qualche notizia proveniente da persone che conoscevano l'associazione.

La possibilità di avvicinare i gruppi del movimento Pro-Life è stata in qualche modo casuale mentre compravo un pacchetto di sigarette in un OXXO²⁷⁴, negozi in cui si vede qualsiasi tipologia di merce, aperti 24 ore su 24 e presenti in maniera capillare in tutte le città del Messico.

Un giorno mentre compravo come sempre il mio pacchetto di sigarette nell'OXXO vicino a casa, nelle vicinanze della cassa, ho notato un foglietto informativo riguardante l'associazione nei confronti della quale sarebbe andata la beneficenza, fatta dai clienti attraverso l'arrotondamento del resto.

È pratica comune in questi esercizi commerciali il *redondeo* (arrotondamento): viene richiesto al cliente di donare in beneficenza il resto del proprio conto o anche solo una parte di esso, generalmente i centesimi. Le associazioni o le iniziative nei confronti delle quali si compie l'atto di beneficenza, cambiano continuamente e vengono pubblicizzate con foglietti che possono essere presi nel momento in cui si paga. Pur essendo una di quelle clienti che non ha mai acconsentito al "redondeo" mi interessavo però delle diverse associazioni, più per curiosità e per capirne le affiliazioni politiche, economiche e sociali che per altro. Un giorno l'associazione nei confronti della quale si richiedeva la donazione era VIFAC. Non sapevo nulla di questa associazione ma sul foglietto c'era scritto "Sei incinta? Sei in difficoltà e non sai cosa fare? Rivolgiti a VIFAC". Questo slogan ovviamente ha richiamato la mia attenzione, ho preso uno dei foglietti e, tornata a casa, ho iniziato a cercare su internet informazioni sull'associazione. Ho capito che era un'associazione a cui si potevano rivolgere donne incinte in difficoltà, afferente al movimento Pro-Life. Esisteva a Mérida una casa per donne gestita da questo gruppo, non c'erano maggiori informazioni. Sul foglietto, però, c'era un numero di telefono e un indirizzo a cui rivolgersi. La mattina seguente ho deciso di prendere un taxi e di andare direttamente presso l'indirizzo fornito; avevo pensato che presentandomi direttamente presso la struttura sarebbe stato più facile avere la possibilità di parlare con i responsabili, capire di che cosa si trattasse e vedere come e quanto potesse rientrare all'interno della mia etnografia. Quel tentativo però si rivelò fallimentare. Per prima cosa avevo un indirizzo ma non avevo il numero preciso della casa, mi ero ritrovata insieme al tassista in uno dei quartieri più residenziali e ricchi della città ma all'incrocio indicato nell'indirizzo non c'era nessuna associazione o almeno nessun segno esteriore che indicasse una delle case come la sede di

²⁷⁴ È una delle più grandi catene di negozi messicana, con 13.000 negozi in tutta l'America Latina, di cui circa 10.000 sul territorio messicano. È stata fondata nel 1977 ed è gestita da FEMSA società messicana i cui azionisti sono tra gli uomini più ricchi e potenti del paese.

un'associazione. Successivamente ho capito di aver commesso due errori: il primo è stato pensare che l'indirizzo fornito fosse quello esatto della casa, in realtà mancava il numero civico perché l'ubicazione precisa dell'abitazione doveva essere mantenuta riservata e veniva fornita solamente dopo aver preso un appuntamento telefonico con la segretaria, quindi dopo un primo contatto con l'associazione.

Il secondo errore era stato non esplicitare al tassista che mi accompagnava che cosa stavo cercando, probabilmente in quel caso specifico non avrebbe avuto nessun risultato ma come ho potuto capire successivamente, nella maggior parte dei casi i tassisti conoscono VIFAC e la casa di accoglienza e quando si fornisce l'indirizzo sanno già dove ti stanno portando, come spesso mi hanno detto "ah deve andare in quella casa per le donne incinte?". Sebbene i tassisti non sappiano esattamente di che cosa si tratta e che cosa si faccia all'interno di quella casa, conoscono l'indirizzo perché evidentemente spesso vi hanno portato i propri clienti. Un dato, forse insignificante, che sembrava parlarmi di quanto l'associazione fosse presente sul territorio urbano e come fosse in grado di fare presa sulla vita quotidiana delle persone.

Dopo il primo tentativo di contatto fallimentare, ho deciso di provare telefonicamente, sono riuscita ad ottenere al primo colpo un appuntamento con la direttrice dell'associazione; mi è stato fornito l'indirizzo esatto della sede dell'associazione in cui avrei dovuto recarmi. L'indirizzo corrisponde ad una casa privata, come qualsiasi altra, in una stradina residenziale dove sorgono altre abitazioni private. Si tratta della tipica casa residenziale in uno dei quartieri più ricchi, generalmente abitato dall'alta borghesia che vive da sempre a Mérida. A pochi metri di distanza c'è una chiesa, un parco e una delle scuole cattoliche più importanti della città: un complesso scolastico privato che copre il percorso educativo completo, dai tre ai diciotto anni.

Si tratta di una casa a due piani con giardino, l'ingresso della casa si divide in uno spazio adibito all'accoglienza delle persone e il piccolo studio della segretaria dell'associazione: è lei che si occupa della gestione amministrativa e logistica delle attività del gruppo. Mi ha aperto la segretaria, mi ha detto di accomodarmi e di aspettare la direttrice. In questo modo ho conosciuto Adriana, la direttrice e l'altra Adriana, la segretaria dell'associazione.

La direttrice è una donna di circa cinquant'anni, i suoi tratti fisici dicono che non è di Mérida, è alta, la carnagione è chiara, una corporeità femminile imponente. Infatti, come mi ha raccontato nel corso della nostra conversazione, è nata e cresciuta nel nord del paese e si è trasferita in città dopo essersi sposata, ormai da circa vent'anni. Sin da subito mi è sembrata una donna molto attiva, con un forte senso pratico e della gestione della quotidianità, parla velocemente e con un tono alto, gesticola molto. Devo ammettere che il mio modo di

rapportarmi a lei all'inizio è stato fortemente influenzato da una serie di pregiudizi. Piano piano il rapporto si è fatto più rilassato ed ho imparato ad apprezzare i suoi pregi e a non essere troppo critica nei suoi confronti.

Ci siamo conosciute, le ho spiegato che cosa facevo, perché ero interessata all'associazione al lavoro che svolgono e che avrei voluto farle un'intervista: si è mostrata molto disponibile, mi ha dato qualche informazione preliminare sull'associazione, mi ha parlato delle donne che ospitano. Abbiamo preso un appuntamento per vederci con più calma. Durante il nostro secondo appuntamento le ho chiesto di poter intervistare le donne ospiti della casa e le ho spiegato le mie motivazioni, ho esplicitato anche le mie posizioni sull'aborto e sulla religione. VIFAC viene fondata nello stato di Guanajuato, nel 1985, è presente in ogni stato della Repubblica. A Mérida è presente da circa dodici anni, dove gestisce una sola struttura di accoglienza: si tratta di una delle ultime sedi nate sul territorio nazionale. In altri stati le case di accoglienza di VIFAC sono maggiori per numero e capacità, a Città del Messico per esempio sono presenti in tutto trenta strutture.

Adriana è stata la prima presidentessa dell'associazione a livello locale, è parte del gruppo dall'inizio, mi ha detto di aver iniziato insieme ad un gruppo di genitori che avevano adottato i propri figli attraverso l'associazione. VIFAC infatti oltre a gestire case di accoglienza per donne incinte in difficoltà offre alle donne ospiti la possibilità di dare il nascituro in adozione e si fa carico, lavorando in concomitanza con le istituzioni statali, del processo di ricerca di una nuova famiglia. All'associazione quindi si rivolgono sia donne incinte sia coppie che decidono di adottare un bambino. Adriana mi spiega: "Quando la donna ha la capacità decisionale fredda, quando non deve preoccuparsi dei propri problemi e delle modalità materiali e pratiche di portare avanti la gravidanza, quando riceve tutto l'aiuto di cui ha bisogno per natura tende a voler rimanere con il proprio figlio. La natura della donna le chiede di tenere il proprio figlio con sé ed è per questo motivo che la scelta dell'adozione è dura, è molto dolorosa. [...] È molto più semplice abortire che dare il proprio figlio in adozione, perché quella è una soluzione momentanea, una soluzione rapida ma con il tempo no, con il tempo ti penti sempre di aver abortito. Se c'è vita c'è speranza e allora bisogna dare una possibilità di vita migliore a questi bambini, ogni vita ha una soluzione, solo alla morte non c'è soluzione, e l'aborto è morte"²⁷⁵.

²⁷⁵ "Cuando ya la mujer tiene la capacidad fría, porque no esta agobiada con sus problemas, cuando ya tiene toda la ayuda entonces naturalmente la mujer quiere quedarse con su hijo, la naturaleza pide quedarte con tu hijo entonces la decisión de la adopción es muy dura, es muy dolorosa [...] es mas facil abortar que dejar el hijo en adopcion, porque aquella es una solucion momentanea, rapida. Si hay vida hay esperanza y entonces tenemos que darle una posibilidad de vida mejor a estos ninos, cada vida tiene una solucion solo a la muerte no hay solucion, el aborto es muerte" [Intervista 10/04/12].

VIFAC è un'associazione di ispirazione cattolica, nata dalla volontà di un gruppo di persone cattoliche che avevano come obiettivo primario quello di difendere il diritto alla vita e di combattere la pratica dell'aborto, considerato come un peccato, un omicidio e un reato. Il “sì alla vita” e la “famiglia” sono i principi al centro dell'ideologica e dell'attività pratica dell'associazione. Secondo il primo principio nessuna gravidanza, neanche quella che si è data nelle peggiori condizioni possibili come per esempio un abuso o una violenza, deve essere interrotta. Il prodotto della gestazione è considerato come una vita sin dal momento della procreazione e deve essere tutelato: si tratta di un soggetto indipendente che non ha colpe in merito alle condizioni della sua “creazione” e al quale si deve offrire ogni possibilità per godere di una vita sana e felice. Il secondo principio, quello della famiglia, fa riferimento all'idea di famiglia cattolica, un nucleo formato da due genitori eterosessuali che si prendono cura della propria prole, a cui viene garantita ogni possibilità di vita sana e il riconoscimento reale di ogni diritto della persona: alimentazione, educazione, salute, benessere. Tutti i membri di ogni famiglia devono poi seguire i dettami della religione cattolica.

Il “sì alla vita” e la “famiglia” rappresentano i principi a partire dai quali si costruiscono la filosofia, l'ideologia e la pratica quotidiana dell'associazione, intesa come un sistema di relazioni tra persone, rigido e definito dalla condivisione di regole comportamentali ed etiche. La direttrice mi ha spiegato che nella casa di VIFAC “si rispettano e si accettano tutte le ideologie e la persona che arriva è benvenuta, cioè le ragazze incinte possono venire da qualsiasi parte del mondo, essere di qualsiasi religione, di qualsiasi età, non importa. Quello che importa è che se sono incinte e hanno bisogno di qualsiasi forma di aiuto qui lo possono avere. Quindi qui nella casa il significato più importante è “un sì alla vita”. Siamo completamente a favore della vita ed è per questo che cerchiamo di fornire tutte le possibili soluzioni affinché le donne non debbano ricorrere all'aborto”²⁷⁶.

²⁷⁶ “Esta es una institución católica entonces claro que trae toda la tendencia y la ideología cristiana. Ahora se respetan y se aceptan a todas las ideologías y el que venga es bienvenido, o sea las chicas embarazadas pueden venir de cualquier punto del mundo, de cualquier religión, de cualquier edad, esto no es lo importante. Lo importante es que si están embarazadas y necesitan ayuda aquí lo van a tener todo. Entonces aquí en la casa el sentido mas importante bueno es “un si a la vida”. Estamos totalmente a favor de la vida, entonces les pones todo tipo de solución para que no tengan recurrir al aborto primero” [Intervista 10/04/12].

9.2 La Casa di Accoglienza

La casa è nata per essere un luogo di accoglienza e assistenza per le donne incinte in difficoltà. Le difficoltà presentate delle donne possono essere di ogni tipo, economico, familiare, sociale, medico. Se una donna incinta ha bisogno di sostegno e di aiuto lo può trovare all'interno della struttura. Dalle parole di Adriana traspare come l'idea che ispira il lavoro dell'associazione sia costruire una casa, un luogo domestico e non un "ostello". All'interno della struttura, infatti, c'è sempre una responsabile della casa che si chiama "mamma di casa" e si occupa di cucinare e di supervisionare la presenza e la convivenza tra le donne. In questo senso VIFAC, attraverso l'offerta di un luogo domestico, protetto e in cui è possibile garantire una gravidanza sana e tranquilla alle donne, vuole essere, seguendo una metafora utilizzata da Adriana, "il papà, l'altro membro della coppia, che non c'è o che non ha avuto la capacità di dare alla donna tutto quello di cui ha bisogno, si tratta quindi di una casa-papà che offre tutto quello di cui si ha bisogno: vestiti, cibo, un tetto, medicine, assistenza medica, lezioni di vario tipo, assistenza ospedaliera e tutto il resto"²⁷⁷.

In media vengono ospitate nella casa sette donne per volta, ma la struttura ha la possibilità di dare assistenza ad un totale di dieci donne contemporaneamente. Durante la mia ricerca, all'inizio del 2013, l'associazione si è trasferita in un'altra struttura, molto più grande. Una casa nuovissima, dotata di ogni comfort e costruita grazie ai soldi delle donazioni su un terreno che è stato concesso direttamente dal Municipio. Anche in questo caso diventa evidente il grande sostegno e riconoscimento di cui gode il gruppo dal punto di vista istituzionale. Una parte della struttura è adibita agli uffici, c'è inoltre un enorme giardino che viene utilizzato come area gioco per i bambini delle donne ospiti.

Il cambiamento della sede ha coinciso anche con una serie di modificazioni all'interno della struttura dell'organizzazione, sono state assunte nuove figure che devono occuparsi della logistica delle attività, Adriana non è più la direttrice della casa ma è diventata la presidentessa e è stata sostituita come direttrice dalla vecchia presidentessa Liz. Anche Liz come Adriana mi ha permesso di continuare il lavoro iniziato con l'associazione e con le donne ospiti e di frequentare in maniera assidua la nuova struttura abitativa.

Le donne possono scegliere di trasferirsi a vivere nella casa in maniera permanente o di frequentarla soltanto durante il giorno, tornando nella propria abitazione per dormire.

²⁷⁷ "Hazte cuenta que vifac es el papà que no esta o el papa que no tuvo la capacidad de darle todo lo que requeria, entonces es una casa papa proveedor que le va a dar ropa, alimento, techo, medicamentos, doctores, estudios, hospital, todo lo que requiere" [Intervista 10/04/12].

Le donne che vengono assistite come “esterne” sono quelle che non possono trasferirsi per diverse ragioni, nella maggior parte dei casi perché hanno più figli a cui devono badare o sono ancora nei primi della gravidanza e hanno la possibilità di continuare a lavorare. Le direttive dell’associazione però tendono a preferire che le donne si trasferiscono in maniera permanente all’interno della casa.

Tutte le donne devono prendere parte attiva alla vita dell’associazione: seguire i corsi che vengono impartiti, essere responsabili dei lavori di gestione e di manutenzione degli spazi, occuparsi della pulizia propria e degli ambienti. Le attività di gestione sono suddivise in base a turni. Le donne che presentano problemi o complicazioni con la gravidanza si possono astenere dalle attività manuali e fisiche più pesanti.

L’accoglienza viene fornita per tutta la durata della gravidanza e per i primi quaranta giorni successivi al parto. Passata la “quarantena” le donne devono lasciare la casa e cercare un altro tipo di sistemazione. L’attività svolta dall’associazione ha come principale obiettivo quello di fornire assistenza alla gravidanza e alla fase immediatamente successiva al parto, al fine di garantire un corretto sviluppo della gestazione.

L’associazione non si fa carico da nessun punto di vista del sostegno alle donne una volta che hanno lasciato la casa. Nella maggior parte dei casi l’associazione perde il contatto con le donne che ha accolto quando queste lasciano la casa e ciò implica che quasi mai si conoscono le evoluzioni dei tracciati biografici delle donne assistite. Queste, dopo aver ricevuto l’aiuto di cui potevano beneficiare, non mantengono nessun tipo di relazione con l’associazione, se non in casi particolarmente gravi o quando tornano a rivolgersi all’associazione stessa in occasione di gravidanze successive.

L’accoglienza e le molteplici forme di sostegno materiale fornite alle donne hanno come obiettivo anche quello di fornire strumenti per modificare il corso della propria biografia una volta che si è uscite dall’ambiente protetto della casa e si è tornate alla propria vita “normale”. Si offre un luogo dove vivere, l’assistenza medica ma anche la possibilità di seguire diverse lezioni e attività formative. Le donne sono obbligate a seguire tutte le lezioni e non possono rifiutarsi di partecipare alle attività proposte. Le ospiti della casa seguono corsi tutti i giorni, di mattina e di pomeriggio.

Questa strategia assistenziale vuole fornire attività pratiche che possano permettere alle donne ospitate di passare con maggiore facilità il tempo della loro permanenza all’interno della struttura. I tempi della quotidianità sono per loro molto dilatati e le giornate sono segnate da alcune regole ferree che definiscono la gestione della vita nella casa: queste donne non possono ricevere visite dei propri familiari, non possono uscire e non possono comunicare

con l'esterno perché vengono private della possibilità di utilizzare i cellulari personali. Soltanto se autorizzate dalla direttrice possono fare una passeggiata, a ricevere una visita o a fare una telefonata. Nella maggior parte dei casi però c'è sempre una persona che lavora per l'associazione che accompagna le donne quando chiedono di poter uscire. Le visite dei familiari si svolgono sempre all'interno della struttura, anche se la presenza degli uomini non è ammessa all'interno della casa: gli incontri si tengono in giardino o nella zona dell'ingresso, separato dal resto dell'ambiente domestico.

Durante tutta la durata della loro permanenza ognuna è seguita singolarmente da una psicologa e da una "precettrice". La prima si occupa di iniziare un percorso terapeutico psicologico, mentre la seconda ricopre il ruolo di "amica che consiglia": una figura di fiducia che all'interno di questa relazione amicale trasmette alla donna anche i valori ed i principi della religione e della morale cattolica. Tutte le attività vogliono fornire elementi per costruire un percorso biografico più stabile e basato sulla consapevolezza di essere in grado di gestire la gravidanza, i passaggi successivi al parto e la propria vita in maniera autonoma e indipendente da relazioni familiari e/o di coppia non sane.

"Per questo motivo non si tratta solamente di offrire una casa e l'assistenza medica, le donne devono passare tutto il tempo facendo lezione, sono corsi che riguardano le forme di lavoro autonomo, no? Di cucina, di manualità, cucito e ricamo. Hanno il sostegno di psicologhe, seguono un corso del metodo psico-profilattico per la preparazione al parto, per l'allattamento, un corso di educazione sessuale che è molto importante. Lezioni di catechismo, perché in questo modo possono portare con sé anche Dio. Molte attività per l'autostima, sulla dignità della donna, sul perdono, ci sono molti corsi sul perdono sempre. Perché queste donne arrivano con molti problemi, generalmente con un'autostima molto bassa"²⁷⁸. Durante tutto il periodo in cui ho avuto modo di seguire le attività dell'associazione e di frequentare la casa, si sono tenuti, in diversi momenti, corsi di informatica di base inerenti i rudimenti dell'utilizzo di un computer, di estetica per acquisire una conoscenza delle varie tecniche estetiche femminili, di bricolage, di violenza di genere, di sessualità e riproduzione. Una volta a settimana per due ore si svolgono attività ludiche, le ragazze partecipano a diversi giochi di società in cui si vincono dei piccoli premi: leccornie di vario genere o il filo per poter ricamare.

²⁷⁸ "Y para esto no solamente es la casa y son los médicos, ellas deben de estar en clase todo el tiempo que son clases de autoempleo, no? De cocina, de manualidades, de costura, tienen psicólogas, tienen psico profilácticos, preparación para el parto, para la lactancia. Educación sexual es de la mas importante. Catecismo, también se van a llevar a Dios. Mucho de autoestima, de la dignidad de la mujer, del perdón, talleres del perdón siempre. Como ellas vienen con muchos problemas personales muy fuertes, es generalizado, normalmente vienen con muchos problemas, normalmente vienen con autoestima muy baja, muy baja" [Entrevista 10/04/12].

Le lezioni a cui viene data maggiore importanza da parte dell'associazione sono quelle relative al parto, all'allattamento e alla gestione e alla cura dei neonati, di cucito e ricamo, di cucina, di pianificazione familiare e di catechismo. Le lezioni che riguardano la sessualità e la riproduzione hanno ovviamente una forte impronta cattolica, le informazioni che vengono offerte sono di tipo medico relativo alle malattie a trasmissione sessuale e di tipo tecnico relativo all'utilizzo del metodo Billings. Questo metodo insieme alla sterilizzazione sono le uniche tecniche contraccettive che vengono accettate all'interno della filosofia dell'associazione.

Per quanto riguarda la sfera della religione, tutte le donne sono istruite circa il cattolicesimo durante le ore di catechismo, devono inoltre partecipare attivamente ai momenti di preghiera che sono sempre collettivi e che scandiscono la quotidianità: si prega la mattina appena sveglie, prima di pranzo, prima di cena e prima di andare a dormire. La sveglia è fissata alle sei di mattina, il pranzo alle 13, la cena alle 19 e alle 22 si spengono le luci di tutte le stanze da letto. Ogni domenica tutte le donne devono recarsi a messa nella chiesa più vicina alla casa e nella maggior parte dei casi ricevono il permesso di uscire in maniera autonoma quasi esclusivamente per andare in chiesa a confessarsi.

Importanti sono anche le lezioni che riguardano la cucina, il ricamo e l'estetica: vengono considerate come attività che possono permettere alle donne di trovare una forma di autosostentamento o di lavoro una volta uscite della casa. Attività classiche che si confanno ad una donna che sia una buona madre, una buona casalinga, una buona moglie e che, inoltre, curi la propria femminilità. L'attività del ricamo diventa sin da subito una possibile forma di guadagno: tutto quello che viene ricamato viene venduto attraverso i canali della beneficenza che permettono di finanziare le attività del gruppo, ma una parte del ricavato di queste vendite arriva direttamente a chi ha prodotto il manufatto. Quello che viene guadagnato spesso è reinvestito dalle donne nell'acquisto di materiali per incentivare la produzione dei ricami: fili, aghi e tessuto.

Le donne che decidono di restare a vivere nella casa e di beneficiare del sostegno dell'associazione devono accettare di rispettarne le regole, la convivenza pacifica e rispettosa e la condivisione di spazi, tempi e beni materiali con le altre donne presenti nella casa. Ovviamente una delle regole più importanti è quella che riguarda la necessità di portare avanti la gravidanza nella maniera più corretta e sana possibile. In questo senso il primo momento di accoglienza viene dedicato alla spiegazione di qual è la posizione del gruppo rispetto alla pratica dell'aborto. Molte donne, infatti, si rivolgono a quest'associazione poiché pensano che sia un posto dove possono trovare appoggio per abortire in maniera sicura. Come mi spiega

Adriana “le nostre pubblicità dicono che ti possiamo aiutare se sei incinta e non sai che cosa fare ma non dicono che ti aiutiamo per abortire! Quindi tu vieni e poi ti mostro che cos’è un aborto e di cosa si tratta, ti faccio vedere che cosa succede nel tuo corpo poi sei tu che decidi, quello che decidi viene fatto ma se non vuoi tenere il bambino non lo puoi fare qua, viva la libertà insomma! [...] È ovvio che prima che prendi la tua decisione io ti faccio vedere che cos’è un aborto, la maggior parte di loro non hanno idea, credono che non è niente, che è semplice ma no, è difficile anche dal punto di vista medico, è un rischio grandissimo dal punto di vista medico, te lo dico: è più rischioso un aborto che un cesareo. [...] L’ideologia è che tutto deve essere a favore della vita, mai contro. L’aborto mi da tristezza, non lo posso evitare perché un aborto è la conseguenza di un disordine. Come è un disordine quello delle coppie omosessuali, io non giudico però con tutte le coppie che non riescono ad avere figli e vogliono adottare non c’è bisogno dell’aborto e delle coppie omosessuali... ci sono possibilità migliori. [...] Così come una donna può anche abortire però noi siamo contrari, sempre contrari all’aborto, siamo per il sì alla vita”²⁷⁹.

È proprio in base questo tipo ideologia, a cui si ispirano tutte le azioni e gli interventi compiuti dal gruppo, che VIFAC oltre a sostenere le donne affinché possano portare avanti la gravidanza compie un altro lavoro importante: si occupa della gestione della adozioni dei neonati di quelle donne che decidono di non tenere il proprio figlio. L’associazione offre alle donne ospiti la possibilità di portare avanti la gravidanza e poi dare in adozione il neonato e garantisce la gestione legale e pratica del processo relativo a questa decisione. La stessa associazione, in concomitanza con le istituzioni statali, si occupa anche della scelta e della gestione delle famiglie adottive. È sempre Adriana che mi spiega come ci siano situazioni in cui la donna non ha le possibilità materiali non solo di gestire la gravidanza ma successivamente di occuparsi della crescita e della cura del bambino, “non hanno spesso la possibilità di offrire al figlio tutto quello di cui avrebbe bisogno, quello che è giusto e corretto, quindi dagli la vita e dopo siamo noi che gli cerchiamo una casa e una famiglia, ci

²⁷⁹ “Muchas llegan aquí quieren abortar. Mira la publicidad ahí no te dice si te voy a ayudar a abortar, entonces ven y te voy a enseñar lo que es el aborto y lo que pasa en tu cuerpo con cada aborto. Toma tu decisión lo que tu digas se va a aplicar pero ve lo que pasa ahora si decides quedarte con tu bebè, entonces viva la libertad. No, osea aquí no. No. Toma reina si quieres quedarte con el embarazo pasa y si no. No, no. (si irrigidisce un po’ il tono della conversazione). Te todas maneras antes de que tome su decisión de abortar esperame te voy a mostrar. Entonces ellas no tiene idea de lo que es el aborto, y creen que nada mas es nada, es fácil. Y es un relajo hormonal barbaro y por médicos, y te lo dico. Es mas riesgo un aborto que un cesarea, ahora si lo vas a hacer hazlo bien, no te arriesges con médicos y todo. Pero aquí no. [...] Los acepta la ley pero Vifac no se dedica a esto, osea al revés, Vifac està en contra de esto. Entonces si, la ideología qui es todo a favor de la vida, nunca en contra” [Intervista 10/04/12].

sono molte coppie che aspettano di poter adottare. In media, due donne su dieci di quelle ospitate sceglie di dare in adozione il proprio figlio”²⁸⁰.

9.3 Volontari, attivisti e professionisti del Movimento Pro-Life

La questione economica e la gestione delle risorse finanziarie disponibili per le attività del gruppo è un elemento centrale affinché l’associazione sia in grado da una parte di fornire l’assistenza e l’aiuto alle donne in difficoltà e, dall’altra, di far funzionare il sistema delle adozioni. Ogni sede dell’associazione si mantiene e si gestisce in maniera autonoma, come se fosse una sorta di franchising. Esistono delle linee guida e delle regole che devono essere seguite, facendo riferimento ad un manuale le cui indicazioni devono essere rispettate in maniera capillare. Però la gestione economica e le modalità di raccolta e di utilizzo dei fondi a disposizione vengono gestite in maniera autonoma, in base alle circostanze, alle necessità e alle possibilità di cui ogni gruppo a livello locale dispone.

Alle donne che vengono ospitate nella casa non viene richiesto “neanche un peso”, come mi dice Adriana un giorno: quello che ci si aspetta da loro è l’impegno e la partecipazione a tutte le attività proposte dalla casa.

Le attività dell’associazione sono rese possibili dal sostegno e dalla collaborazione delle persone. Le forme ed i modi della collaborazione con il gruppo possono essere di ordine economico- le donazioni - o di ordine pratico - volontariato all’interno della casa o nella gestione di eventi ed attività volti alla raccolta di fondi. Vengono organizzati cene e pranzi di beneficenza, sfilate di alta moda, mercatini dell’usato. Le persone che ruotano attorno all’associazione sono moltissime, in media le donne che si offrono come volontarie per impartire lezioni o per svolgere attività con le ospiti della casa sono circa una cinquantina, e si dividono tra “maestre”, “precettrici” e “psicologhe”. Ci sono poi tre medici che danno assistenza alle donne in maniera continuativa: sono medici che lavorano all’interno di una delle più importanti cliniche private della città ed offrono i loro servizi in maniera gratuita. Le spese mediche relative all’ospedalizzazione e ai medicinali vengono coperte attraverso il *Seguro Popular*, a cui vengono iscritte tutte le donne durante la loro permanenza nella casa. I

²⁸⁰ “No tienen la posibilidad de cuidarlos, de crecerlos como es justo, como tendria que ser. Entonces tu dale la vida y luego nosotros nos hacemos cargo de buscarle una casa y una familia y todo el amor que necesita, hay muchas parejas que estan esperando para tener un bebé. En promedio dos cada diez mujeres decididas de dar en adopcion” [Intervista 6/9/12].

parti delle ospiti della casa vengono assistiti nei due ospedali pubblici in cui ho svolto la mia ricerca: in alcuni casi proprio per questo motivo, ho avuto la possibilità di seguire le donne ospitate dalla casa anche durante la loro permanenza nelle strutture.

La maggior parte delle persone che ruotano attorno all'associazione sono "volontarie" e si autodefiniscono come tali, piuttosto che, per esempio, come attiviste del movimento Pro-Life, pur condividendone i principi. Queste donne presentano caratteristiche che le accomunano. Sono cattoliche, sono contrarie all'aborto in qualsiasi circostanza e ritengono che il diritto alla nascita di una nuova vita sia più importante di quello della donna a poter scegliere di interrompere una gravidanza. Nessuna donna, in nessuna circostanza, ha il diritto di scegliere di compiere un atto come l'aborto, inteso nei termini di omicidio, peccato e reato. È ampiamente condivisa l'idea secondo la quale ogni aborto rappresenta un trauma psicologico che la donna dovrà portare con sé nella propria vita, oltre che una pratica medica altamente pericolosa, anche quando compiuta nel massimo della legalità e della sicurezza sanitaria. Tutte le volontarie dell'associazione sono favorevoli all'adozione, soprattutto come alternativa ad un possibile aborto. Spesso sono persone che hanno parenti o amici che hanno adottato attraverso l'associazione. La maggior parte delle volontarie sono donne, giovani universitarie di istituzioni private cattoliche o donne più grandi che hanno condizioni di vita molto agite, non hanno necessità di lavorare e hanno abbastanza tempo libero da poter dedicare al volontario. Sono donne appartenenti alla medio-alta borghesia di Mérida, membri della comunità cattolica e spesso molto attive anche a livello parrocchiale. Le signore adulte sono tutte sposate con figli e/o nipoti, le ragazze più giovani hanno tutte come più grande desiderio quello del matrimonio e della formazione di un nucleo familiare.

Le figure professionali che si occupano della gestione dell'associazione, dai livelli più alti a quelli più bassi, percepiscono uno stipendio dell'associazione. La stessa direttrice e la presidentessa del gruppo percepiscono uno stipendio, trattandosi di un'attività a tempo pieno e che richiede un certo grado di responsabilità personale. Le persone che ricoprono le cariche di controllo e di gestione dell'associazione sono le uniche che si definiscono come "attiviste" del movimento Pro-Life e si fanno portavoce dell'ideologia e dei principi dell'associazione.

Il ruolo di attiviste perde di importanza quando invece si tratta delle persone che si occupano di svolgere mansioni di livello non direttivo, come per esempio le signore che ogni giorno si occupano della gestione e della cura della casa e delle donne. Vengono chiamate le "mamme della casa": sono scelte sulla base di un colloquio e vengono formate in base ai principi e alle regole dell'associazione.

Le volontarie e le dipendenti dell'associazione che valorizzano e ritengono centrale il ruolo politico dell'attivismo e si fanno portatrici di determinate istanze sono la minoranza. Per le persone che sostengono l'associazione, l'elemento che maggiormente definisce questa loro attività è quello dell'aiuto e della carità cristiana. La religione e i valori cattolici definiscono l'identità del volontario e del sostenitore di VIFAC. La frequentazione della parrocchia e l'appartenenza a una comunità cattolica sono i canali preferenziali attraverso cui queste persone entrano nella sfera di azione dell'associazione.

Un giorno dell'estate del 2013 ho deciso di fermarmi per tutta la giornata nella casa: nessuna intervista, ho passato semplicemente del tempo con le donne, ho partecipato alle loro attività. È estate, la maggior parte delle volontarie della casa è via per le vacanze. Ho assistito a due "lezioni" diverse, quella di bricolage-manualità e quella più ludica dei giochi da tavolo.

La prima attività, quella di bricolage, è impartita da una giovane ragazza. Carolina ha ventiquattro anni, è una ragazza carina, alta, magra, molto curata, attenta allo stile nel vestire, perfettamente truccata, forse anche eccessivamente. Una ragazza attiva, allegra, mi sembra molto convinta di sé: nata e cresciuta in una buona famiglia, ricca, abituata ad avere un certo stile di vita è abituata anche a farlo vedere e ad ostentare una certa condizione di agiatezza. Carolina studia disegno grafico in una delle università private di Mérida, abita con i genitori ma ha un fidanzato francese che vive ormai da anni a Mérida. Una volta a settimana, viene nella casa a svolgere qualche attività di bricolage o di manualità molto semplice con le donne. Ha iniziato ad essere volontaria di VIFAC seguendo le tracce della mamma che le ha fatto conoscere quest'associazione. Mi dice che si è innamorata del lavoro che fanno con le donne e che voleva aiutare anche lei. Oggi si dedicano a costruire degli appendiabiti con dei pezzi di compensato ricoperti da pagine di quotidiani e di riviste. Dice: "li ho visti in un locale *fresa*²⁸¹ di Mérida, sembravano molto carini!".

Mentre si occupano di costruire gli appendiabiti Carolina parla di sé alle donne. Racconta del fidanzato che tornerà in Francia per qualche tempo e anche lei lo raggiungerà per alcune settimane. L'immagine che restituisce è quella della bella e fortunata storia d'amore. Carolina dice che vorrebbe sposarsi presto, e racconta che le sue amiche spagnole hanno organizzato uno scherzo per il fidanzato il giorno successivo: il loro finto matrimonio. Un modo divertente per fare una festa prima che lui parta per la Francia.

²⁸¹ Questo termine significa letteralmente fragola ma all'interno del discorso della ragazza indica, con slang giovanile, persone che vivono in condizioni di agiatezza economica e che hanno ogni possibilità materiale. Se volessimo fare una traduzione si potrebbe dire che si parla di: un locale per "fighetti".

Nel comportamento di Carolina, mi è sembrato di vedere un certo grado di ostentazione, della ricchezza, del benessere, della felicità, di quell'idea romantica ed ideale dell'amore e di una vita senza difficoltà. Guardandola e ascoltandola ho avuto l'impressione che non si rendesse molto conto di quali fossero in verità le vite e le esperienze delle donne che aveva davanti. Ho percepito in lei un certo senso dell'etica dell'assistenzialismo più che della carità. È una ragazza che sembra avere tutto quello che desidera, una vita bella, è felice e, inoltre, si preoccupa anche di sostenere ed aiutare chi non ha le sue stesse possibilità. Dedica parte del suo tempo anche a queste donne a cui vuole far vedere come sia possibile avere una vita felice ed essere contente di se stessa. Non si rende conto che esiste una differenza di fondo tra lei e le donne che ha davanti. Esiste una disuguaglianza di possibilità, di risorse, di strumenti che è sociale, economica, politica, materiale e simbolica.

Dopo il bricolage è il momento dei giochi da tavolo. L'obiettivo di questa attività è quello di facilitare la definizione di rapporti di amicizia e di sostegno reciproco. Quest'ora di lezione è gestita da una bella donna, molto curata, una signora della "buona società", che trasmette un senso di pacatezza. Ma anche la sua figura, come quella di Carolina, mi è sembrata stridere lì dentro. Anche in lei ho rivisto l'ostentazione di un modello e di possibilità di vita poco affini a quelli che avevo imparato a conoscere attraverso le esperienze delle donne che vivono nella casa.

La "maestra" aveva portato diversi giochi di società e anche una busta piena di leccornie, dolci, caramelle. Si gioca da sole o in squadra. La "maestra" gioca con alcune delle ragazze a tombola. Altre ragazze invece giocano tra loro a domino. Tutta la gestione ed il controllo dell'attività passa sempre per la "maestra" che è quella che assegna i premi. Le donne, soprattutto le ragazze più giovani, si divertono e scherzano tra loro.

Il volontariato, per come viene interpretato dalle persone che ho incontrato dentro la casa, rientra nelle attività che le donne appartenenti a determinati strati sociali svolgono, come parte integrante della loro performance di status sociale.

Tutte le volontarie che insegnano o svolgono attività con le ospiti vengono chiamate "maestre". In Messico questo termine assume un valore importante. Il titolo di "maestro/a" indica coloro che insegnano nelle scuole ma indica anche coloro che hanno un grado di istruzione universitario avanzato, persone che hanno compiuto una specializzazione o un master (che appunto in spagnolo viene tradotto con il termine "*maestría*"). Avere questo titolo significa avere accesso ad una serie di posti di potere: le più alte cariche pubbliche e i livelli di gestione dirigenziali sia in ambito pubblico che privato.

È ovvio che il titolo di “maestra”, per come viene utilizzato all’interno della casa, assume un valore diverso ma indica, in ogni modo, un ruolo di potere e il riconoscimento di uno *status* diverso rispetto a quello delle donne ospiti. Le volontarie si trovano in questo modo a ricoprire un ruolo che nella vita quotidiana non appartiene loro, (fatta eccezione in alcuni casi per le figure professionali che sostengono le attività del gruppo, come per esempio le psicologhe).

Le “maestre” rappresentano ed incarnano il modello di donna definito all’interno dell’ideologia dell’associazione. Le donne ospiti vengono istruite a seguire il modello di femminilità che le “maestre” non solo rappresentano ma vivono. Le “maestre” sono sempre molto curate dal punto di vista estetico, attente alla forma e al modo di presentarsi, sono cattoliche e assidue frequentatrici degli spazi religiosi, sono sposate con uomini che hanno posizioni lavorative di prestigio e le sostengono economicamente ed emotivamente, sono madri con famiglie felici alle spalle.

A guardarle con un occhio esterno, le esperienze, le traiettorie e le condizioni di vita delle volontarie e delle ospiti sembrano stridere fortemente tra loro. Le prime rappresentano vite invidiabili, quasi perfette, almeno in relazione ad uno specifico modello. Hanno tutto ciò che sembra mancare alle altre donne, le ospiti, che dovrebbero aspirare, almeno in linea di principio, proprio a quel modello di vita che non hanno, pur nella consapevolezza che forse, per provenienza e per traiettoria biografica, non potranno mai effettivamente raggiungerlo.

È forse per questo che spesso mi è capitato di scorgere nell’atteggiamento e nelle parole delle donne ospiti della casa un certo grado di ostilità, di imbarazzo, di malcelata sopportazione, nei confronti di queste volontarie che sembrano essere così fortunate e vivere una vita perfetta, diversa dalla loro.

Osservare le attività quotidiane, vedere quali sono le relazioni che si costruiscono all’interno della casa (non solo tra le ospiti ma anche tra queste e le volontarie) mi ha dato la possibilità di analizzare e di comprendere come si articolano le relazioni di potere all’interno dello spazio domestico dell’associazione e come, insieme alle pratiche quotidiane, esse siano strettamente relazionate all’ideologia ed ai principi di riferimento dell’associazione.

VIFAC si fa portatrice di un’ideologia precisa, articolata in maniera chiara e coerente nella definizione di un modello di vita ideale in cui la donna trova la sua realizzazione nel ruolo di madre e moglie: occuparsi della cura di se stessa, della famiglia e della casa. È sulla consapevolezza dell’importanza di questi ruoli, “naturalmente” appartenenti alla femminilità, che la donna deve costruire la propria forza come soggetto autonomo e indipendente.

Tutte le attività svolte all'interno della casa hanno come obiettivo quello di incentivare la formazione di questa "corretta" soggettività femminile per le ospiti. Queste donne, seguendo il processo di definizione del sé indicato dall'associazione, possono diventare perfette donne di casa, ottime madri e buone mogli nei casi in cui le relazioni di coppia siano basate sul rispetto reciproco tra l'uomo e la donna.

Viene messo in discussione il ruolo dell'uomo violento e maschilista nei confronti del quale la donna deve opporre una definizione di sé basata sulla propria femminilità. Le relazioni di genere si costruiscono in maniera oppositiva all'interno di una divisione dei ruoli. All'uomo spetta il potere del lavoro esterno all'ambito domestico, della responsabilità, del sostegno e della cura soprattutto da un punto di vista economico. La gestione dell'ambito domestico e della sfera affettiva ed emotiva è il regno della donna all'interno del quale essa è in grado di definire la propria autonomia. Quando invece i percorsi di vita delle donne le portano a non avere un compagno o a trovarsi in relazioni di coppia problematiche, si cerca di dare loro gli strumenti che possano permettere la costruzione di una traiettoria di vita autonoma rispetto all'uomo, soprattutto da un punto di vista della gestione materiale della propria esistenza e di quella dei figli.

All'interno delle attività e dei processi di formazione del sé di queste donne, il ruolo dell'uomo viene mantenuto in secondo piano, come se fosse esterno alle relazioni di potere e come se l'annullamento della sua figura potesse garantire un maggiore grado di autodeterminazione della donna. Nelle relazioni quotidiane, nella vita del mondo esterno alla casa di VIFAC le esperienze sono però più articolate e complesse e i rapporti non sono mai così netti. All'interno di questa visione ideologica della vita delle donne, i ruoli vengono oggettivati ed essenzializzati in nome di una visione "naturale" di ciò che l'uomo e la donna devono e/o dovrebbero essere.

9.4 La cultura dell'adozione

Capisco con il tempo che quello dell'adozione rappresenta un "campo" fondamentale per l'associazione. Il ruolo che VIFAC gioca nelle logiche e nelle reali possibilità di dare o di prendere in adozione un bambino è centrale, in tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda questo specifico settore di intervento esistono delle regole e delle direttive condivise che devono essere seguite da ogni sede. La rete di relazioni sociali,

politiche ed economiche che l'associazione ha costruito durante trenta anni di attività è capillare in tutto il paese e il sistema di gestione delle adozioni è fortemente strutturato e controllato in ogni sua fase per garantire il rispetto dei diritti del bambino, della madre biologica e della famiglia adottiva.

“Lavoriamo molto per la cultura dell'adozione, non è qualcosa di negativo, è qualcosa di bello, perché è un atto di amore e, se non è così, allora non si tratta di una buona adozione. È un atto di amore della madre che sceglie di dare un futuro migliore al proprio figlio ed un atto di amore dei genitori che vogliono adottare per dare possibilità migliori ad un altro bambino. Ci sono moltissimi genitori che stanno aspettando, fortunatamente in questo senso è possibile scegliere il meglio per i bambini”²⁸², mi racconta la direttrice Liz.

Le forme di adozione legalmente riconosciute in Messico sono due: semplice o piena. Nel primo caso il bambino viene dato in affidamento per un periodo di tempo limitato e generalmente affidato a strutture specifiche, come case di accoglienze o istituti per minori. Nel secondo caso, invece, si tratta dell'adozione da parte di una famiglia: è in questa categoria che si inserisce il lavoro svolto dall'associazione. Adriana, in uno dei nostri primi incontri, mi dice che negli ultimi anni ci sono state delle modifiche legali che hanno favorito le adozioni piene e ciò ha inciso nella definizione di una maggiore apertura da parte delle persone a prendere in considerazione questa ipotesi, sia nel caso di chi dà un figlio in adozione sia in quello di chi lo riceve.

C'è un dipartimento specifico nell'organigramma di VIFAC che si occupa delle adozioni, tutto il procedimento è altamente controllato dal punto di vista legale. L'associazione lavora in maniera congiunta con il Ministero della Difesa del Minore e della Famiglia e con il DIF (Istituto per lo Sviluppo Integrale della Famiglia).

L'associazione può muoversi in maniera quasi totalmente autonoma avendo stipulato una serie di convenzioni con questi organismi istituzionali. Tali convenzioni permettono a VIFAC di gestire il processo di adozione in maniera più rapida e meno articolata, sia per le donne che decidono di dare in adozione sia per le famiglie adottive. Il sistema è totalmente interno all'associazione e dunque non richiede l'intervento delle istituzioni pubbliche se non per

²⁸² “Si ella por amor a su hijo le busca una mejor solución de vida no se va a arrepentir porque sabe que su hijo va a estar bien y porque sabe que realmente no tenia la posibilidad de sacarlo adelante. Es importantísimo. Trabajamos mucho por la cultura de la adopción, no es nada malo, es algo hermoso, porque es un acto de amor y si no esta tomado desde este punto esta mal la adopción. Acto de amor la madre que le cede una mejor vida a su hijo y acto de amor de los padres que quieren adoptar por sacar adelante otro hijo. Entonces hay muchísimos papas desde la espera, afortunadamente desde este lado puedes elegir lo mejor para estos niños” [Intervista 6/9/12].

l'accettazione delle pratiche burocratiche che in ogni caso seguono sempre canali preferenziali.

In questo senso, VIFAC svolge e facilita le funzioni delle istituzioni statali preposte alla tutela dei minori che vengono dati in affidamento al momento della nascita da parte della madre biologica. Il procedimento legale che deve essere seguito è lo stesso, ma VIFAC rappresenta una sorta di canale privato che offre tempistiche e garanzie diverse rispetto a quello ufficiale. Le donne che decidono di lasciare il proprio figlio al momento del parto devono firmare alcuni documenti e aspettare il rilascio dei certificati di adozione da parte della procura, poi sarà l'associazione che si farà carico del neonato fino al momento in cui viene adottato. L'unico documento necessario per dare in adozione il bambino è l'atto di nascita.

Da un punto di vista legale il processo è abbastanza semplice: l'atto di nascita del neonato, in cui viene inserito il nome della madre biologica, deve essere presentato in Procura ad un giudice che si occupa di diritto di famiglia. Il giudice prepara tutta la documentazione che deve essere firmata dalla madre biologica, in seguito alla firma la donna non avrà più nessun diritto sul bambino. Prima della firma il giudice incontra la donna insieme ad una psicologa, in alcuni casi si possono effettuare anche due incontri prima di procedere alla firma definitiva. Da quel momento in poi, il neonato è sotto la responsabilità dell'associazione che deve occuparsi di presentare tutta la documentazione relativa alla famiglia adottiva scelta come destinataria di questo bambino. Quando anche la documentazione della famiglia adottiva viene firmata e accettata dalla procura allora viene consegnato il bambino. La procura si occupa solo di confermare che la coppia scelta dall'associazione sia adatta all'adozione. Sono i membri di VIFAC che affidano il bambino alla nuova famiglia.

Tutto il procedimento legale è molto rapido in questi casi, dura al massimo due settimane. I tempi della gestione dell'adozione da parte dell'associazione sono diversi da quelli della gestione istituzionale: per prima cosa i genitori adottivi che si rivolgono ai canali istituzionali attendono tempi molto più lunghi, i procedimenti legali diventano più articolati perché richiedono la presenza di diverse figure istituzionali e di canali meno diretti, i bambini che vengono adottati sono generalmente di età maggiore.

Il DIF si occupa di gestire anche adozioni dirette, quelle che si verificano quando esiste un accordo tra la madre biologica e i genitori adottivi. VIFAC non si occupa di questo tipo di adozione, non c'è mai nessun contatto tra le madri biologiche dei neonati ed i futuri genitori adottivi. Uno dei presupposti fondamentali dell'adozione, per come viene pensata dall'associazione, è che essa sia anonima.

Quando le donne entrano nella casa di accoglienza viene presentata loro la possibilità di dare in adozione il bambino. Nei casi in cui si prende in considerazione questa ipotesi, si inizia un lavoro di sostegno psicologico con la donna durante tutta la durata della gravidanza.

Spesso l'associazione non è in grado di sapere se una donna darà il figlio in adozione fino al momento del parto, quando anche le donne che sembrano essere convinte di questa scelta possono cambiare idea. È quando arriva il momento del parto che si decide, spesso le donne chiedono di poter tenere il neonato con sé per alcuni giorni prima di decidere, in altri casi lo tengono soltanto per il periodo di tempo obbligatorio secondo le regole del gruppo (due giorni dall'uscita dell'ospedale).

Secondo "l'ideologia" di VIFAC, l'adozione deve essere per la madre biologica una scelta consapevole e basata sulla logica della "generosità": la donna deve prendere questa decisione per amore del figlio, per garantirgli possibilità di vita migliori di quelle che potrebbe essere in grado di offrirgli. In questo modo, secondo la visione condivisa all'interno dell'associazione, la donna che compie una simile scelta non si pentirà in futuro di essa. Al contrario, se la scelta viene compiuta per "togliersi un problema di dosso" allora non rientra nel campo della generosità ma in quello dell'egoismo e i rischi di un pentimento futuro sono altissimi.

La decisione deve essere presa in maniera razionale anche quando, come mi dice Liz: "la natura della donna e tutti i suoi ormoni subito dopo il parto le dicono di tenere il bambino. La decisione di dare in adozione deve essere molto libera, non dobbiamo influenzarle in nessun modo, dobbiamo aiutarle a fare in modo che prendano la loro decisione in maniera sicura, devono essere molto sicure di quello che stanno facendo, libere e sicure. Nel caso delle minorenni, sono i genitori che firmano i documenti e sono loro insieme alla figlia che prendono la decisione"²⁸³.

Nel caso delle minorenni sono i genitori che decidono, sia da un punto di vista emotivo che da un punto di vista legale: se si decide di tenere il bambino è perché saranno i genitori della giovane madre che se ne faranno carico; se, invece, si opta per l'adozione sono sempre i genitori della madre che devono firmare tutti i documenti in veste di tutori legali della donna.

"Le ragazze più piccole spesso non si rendono conto per ignoranza. Giocano a fare le mamme, spesso vogliono tenere il bambino. È questione di ignoranza e di immaturità. Io penso che la donna che decide di dare il proprio figlio in adozione utilizza molto la propria

²⁸³ "Es lógico porque el instinto materno es muy fuerte, osea lo tuviste nueve meses por dentro y todas tus hormonas van a la produccion del leche, entonces es como una deseo materno de tener lo que tenia dentro por fuera. Ellas tienen que estar muy convencidas y muy contacto con sus sentimientos maternos. Hay una depression postparto también. Tienen que tener muy analizado y muy racional la decision porque tienen que luchar con todos sus sentimientos maternos" [Intervista 27/11/2013].

intelligenza, perché deve essere molto riflessiva e deve pensare a tutte le conseguenze”²⁸⁴ sostiene Liz.

Dopo il parto, la donna deve tenere con sé il neonato per quarantotto ore, se poi è ancora decisa a dare il bambino in adozione lo affidano ad una coppia in maniera temporanea, chiamata “casa culla”. Esistono delle coppie che svolgono, come volontari, questo tipo di attività e si occupano per brevi periodi di tempo dei neonati. Sono famiglie interne al sistema di VIFAC e spesso coppie di genitori che hanno già adottato attraverso l’associazione. In questa casa il neonato resta fino a quando non viene destinato alla famiglia adottiva.

I genitori adottivi compiono un percorso lungo prima di ricevere un bambino, da uno a due anni. Dall’inizio del secondo anno, da quando viene fatta richiesta, la coppia può ricevere il bambino in qualsiasi momento. In questo periodo essi sono sottoposti, da parte dell’associazione, a una serie di controlli: devono dimostrare di essere in grado di offrire al bambino tutto quello di cui ha bisogno. Le coppie devono dimostrare di essere dotate di una certa stabilità emotiva ed economica, devono essere coppie cattoliche e attive all’interno della propria parrocchia, le coppie inoltre devono sostenere l’associazione, sia da un punto di vista economico, attraverso “donazioni”, sia dal punto di vista dell’attività pratica. Le coppie devono collaborare con l’associazione per dimostrare di condividere la stessa ideologia e gli stessi principi. Diventano volontari e membri attivi del gruppo. Non si richiede che partecipino alle attività interne alle case di accoglienza per evitare che entrino in contatto con le donne, e quindi ipoteticamente anche con le possibili madri biologiche di quello che potrebbe essere in futuro il figlio adottivo. Viene richiesto loro di sostenere il gruppo occupandosi, per esempio, di tutte quelle attività ed iniziative che sono necessarie alla raccolta dei fondi e/o a pubblicizzare VIFAC.

9.4.1 Incontro una madre adottiva

Un giorno, a metà maggio del 2012, arrivata nella sede dell’associazione, mi ha aperto la porta Adriana che era in compagnia di una bella donna, molto elegante e raffinata.

²⁸⁴ “Las mas jovenes no se dan cuenta por ignorancia, quieren jugar a ser mama. Yo creo que cuando una mujer decide de dar en adopcion es porque es muy racional como proceso, tiene que ser muy fria, reflexionar mucho y tomar en cuenta todas las consecuencias” [Intervista a Liz 27/11/2013].

È giovane ma ha due bambini, un maschio di otto anni e una femmina di sei, entrambi indossano l'uniforme scolastica del *Colegio de Montejo* una scuola privata che si trova a pochi isolati dalla casa di VIFAC. Si tratta di una delle scuole private più rinomate della città, dove è possibile frequentare tutti gli anni di formazione obbligatoria: dalla scuola materna alla secondaria. È un istituto scolastico privato e cattolico frequentato generalmente dai figli delle famiglie più ricche e socialmente in vista della società yucateca.

Judith mi è stata presentata come una delle tante madri adottive che sono state aiutate da VIFAC. È stata tra le prime donne a ricorrere all'associazione, poco dopo la fondazione della sede di Mérida. Adriana mi ha detto che Judith è sempre rimasta molto legata all'associazione tanto da essere una delle principali sostenitrici delle loro attività diventando una sorta di testimonial d'eccezione dell'operato di VIFAC. I bambini sono stati adottati, a due anni di distanza l'uno dall'altra e sono figli della stessa madre biologica.

Judith ogni tanto passa a fare un saluto e, quel giorno, visto che i bambini erano usciti prima da scuola ne aveva approfittato. Considerando l'assenza di lezioni per le ospiti della casa (ed io, in effetti, ero lì proprio per questo motivo, visto che non avendo nessun'attività programmata nella mattinata le ragazze avrebbero potuto "lavorare" con me) la direttrice aveva chiesto a Judith e ai bambini se avevano voglia di fare due chiacchiere con le future madri. Alcune delle donne presenti in casa stavano prendendo in considerazione l'ipotesi di dare in adozione il neonato e sarebbe potuto essere un modo per tranquillizzarle sulle modalità dei processi di adozione e mostrare loro un esempio di famiglia adottiva.

I tre avevano accettato di buon grado. Mi sono resa conto poi che sono abituati a questo genere di attività e sembrano non avere nessun tipo di resistenza nel dover parlare della loro esperienza. In effetti confesso che io stessa, forse in virtù di un "senso comune" abbastanza diffuso (dal cui effetto non sono certo esclusa), che vuole l'adozione come un processo in una certa misura traumatico o problematico, ero molto sorpresa nell'osservare l'atteggiamento e la postura non solo di Judith ma soprattutto dei bambini. Questi ultimi mi appaiono così consapevoli, in maniera anche eccessivamente matura per la loro età, del loro essere "figli adottivi" da non avere nessun problema a parlare di questo tratto della loro persona e del loro percorso biografico anche con persone estranee.

È proprio ascoltando quello che racconta Judith che sono riuscita a capire come nella pratica quotidiana viene gestita l'adozione e che cosa essa diventi all'interno dei percorsi di vita delle persone che la scelgono come modalità di creazione della famiglia.

Ai bambini, sin da subito, viene raccontata la loro storia e viene insegnato il significato dell'adozione. Esistono una serie di passaggi all'interno del percorso di definizione e

costruzione della relazione genitore/figlio che tutti i bambini e i genitori adottivi devono compiere. I bambini vengono “donati” e consegnati alle famiglie seguendo un rituale ben preciso. Il sacerdote responsabile della congregazione di appartenenza della casa-VIFAC da cui proviene il bambino incontra i futuri genitori adottivi, in alcuni casi ci sono anche altri membri del nucleo familiare, come nonni o zii. In chiesa, il sacerdote consegna il bambino ai futuri genitori, seguendo uno schema rituale, simile al battesimo, che rimanda alla definizione di una nuova/seconda nascita, proprio come lo è il battesimo all’interno della dottrina cattolica.

Questo “rito di passaggio” permette al bambino di entrare a far parte, a tutti gli effetti, del nuovo nucleo familiare e di iniziare la sua nuova vita. Questa vita è scandita dalla costruzione di una relazione fortissima tra il bambino e la madre adottiva che inizia, sin da subito, a raccontare al figlio come è nato e come sia arrivato ad essere suo figlio. Questo significa che la donna costruisce il racconto della nascita del figlio. A lui viene raccontata ogni giorno. È una storia che Judith ha raccontato tutti i giorni ai bambini, come “un sussurro continuo da quando erano in braccio da neonati”.

In questo modo il bambino capisce (all’inizio quasi in maniera inconscia, almeno secondo Adriana) di essere adottato e di essere parte di un processo di costruzione di relazioni affettive e familiari che per lui sono assolutamente normali e naturali, pur non essendo la norma all’interno della società. Il grado di accettazione e di consapevolezza del meccanismo dell’adozione è tale che il bambino ha talmente incorporato in maniera naturale, processuale, graduale, questa diversa logica di nascita che per lui, almeno secondo quella che è l’esperienza di questa donna e dei suoi figli, essa non sarà mai problematica. Ai bambini si parla dell’esistenza di un’altra madre, quella che li ha fatti nascere. La madre biologica è descritta in termini assolutamente positivi: è grazie a lei che loro sono felici nella nuova famiglia e che la madre adottiva ha avuto la possibilità di diventare la loro madre.

È solamente la madre biologica a decidere di dare in adozione il figlio, non si richiede nessun tipo di autorizzazione da parte del padre biologico, una figura che, almeno dal punto di vista della gestione di VIFAC, è completamente inesistente, senza alcun potere decisionale sulle sorti del figlio (spesso i padri si disinteressano completamente della donna e della gravidanza). È soprattutto la madre adottiva che si occupa della costruzione dei legami familiari adottivi e che assume un ruolo centrale nel percorso di definizione dell’identità di un figlio adottato: si definisce nella sua identità e nel suo ruolo di madre sempre in relazione ad un’altra madre, quella naturale, che è l’origine “divina” grazie a cui l’adozione è stata possibile e quindi anche il proprio legame con il figlio.

Un figlio adottato non può incontrare la propria madre biologica fino alla maggiore età, quando la legge permette di compiere questa scelta. L'unico modo per entrare in contatto con la madre biologica è passare attraverso VIFAC, l'associazione mantiene sempre l'anonimato rispetto alle madri biologiche e anche se c'è una richiesta da parte dei figli il contatto non viene creato senza il previo consenso della madre biologica stessa. Questo tipo di richiesta può essere fatta soltanto da parte dei figli e mai dalle madri biologiche, le quali perdono qualsiasi tipo di "diritto" e di "dovere" in relazione alla propria prole, una volta firmati i documenti che autorizzano l'adozione.

Quando una delle donne ospiti della casa ha chiesto a Judith quale sarebbe stata la sua reazione nel caso in cui i suoi figli avessero deciso, da grandi, di incontrare la propria madre biologica, lei ha risposto che, proprio perché tutto è molto chiaro e non ci sono cose da nascondere, avrebbe appoggiato e aiutato i figli in questa decisione, è un loro diritto e lei non glielo toglierebbe mai.

All'interno delle narrazioni e dell'orizzonte di senso del bambino si cerca di costruire l'immagine di una madre biologica come una figura generosa, positiva, che ha scelto di dare al proprio figlio una possibilità di vita migliore. La madre biologica non è una madre che ha abbandonato il figlio: è sempre stato amato come bambino ma non c'erano le possibilità materiali e pratiche che potessero permetterle di garantirle un futuro degno. Sono donne e madri coraggiose, il loro spirito materno è riconosciuto in tutta la sua grandezza poiché è stato in grado di superare il dolore estremo che prova ogni donna nella separazione dal proprio figlio.

In qualche modo, in questo senso, ogni soggetto interno a questa relazione affettiva triangolare è unito all'altro da un legame di riconoscenza. Inoltre, seguendo "l'ideologia" dell'associazione, il legame indissolubile tra madre biologica-figlio-madre adottiva è dato dal fatto che tutti e tre hanno fede in Dio, credono nel disegno divino e nelle possibilità di un futuro migliore quando si porta "Dio nel cuore".

L'approccio dell'associazione nei confronti dell'adozione è quello della chiarezza, della sincerità, del mettere in evidenza l'adozione come una scelta di vita positiva piuttosto che nasconderla. In questo modo si costruisce anche un senso di orgoglio attorno all'essere genitore adottivo, figlio adottato o madre biologica che ha dato in adozione. È soltanto incorporando profondamente l'esperienza dell'adozione che i soggetti interni a questo processo passano dall'ambito dello straordinario a quello dell'ordinario, essere adottato e/o essere un genitore adottivo diventa qualcosa da esibire e non da nascondere, come il senso comune socialmente condiviso nella società meridiana vorrebbe.

Questo meccanismo di costruzione, rappresentazione e performatività dell'identità adottiva funziona proprio perché viene esplicitato e mostrato come un percorso biografico ed una scelta di vita esemplare per gli altri, partendo proprio dall'esperienza personale di ognuno. In qualche modo si vuole definire un "modello" di vita per il resto della società: si è un modello esemplare come madre che adotta, come madre che decide di dare in adozione e come figlio adottato. Si tratta della costruzione di soggettività stra-ordinarie poiché derivanti da scelte e traiettorie biografiche stra-ordinarie. Soggettività che si costruiscono anche all'interno di una logica religiosa e cattolica in cui la straordinarietà diventa ordinaria nel suo essere frutto di un "disegno divino".

In questo senso Adriana mi racconta che all'inizio, quando le sedi dell'associazione erano poche e tutte concentrate nel Nord della Repubblica, il controllo e la gestione delle adozioni era tutto nelle mani della fondatrice del gruppo a livello nazionale. Si parla di questa signora come di una figura "mitica" dotata di un dono fatto dalla grazia divina che le permetteva non solo di svolgere questo lavoro e di aver pensato alla definizione di questo gruppo, ma soprattutto di essere portata "per dono divino" ad avere la capacità di elezione del neonato giusto per ogni famiglia adottiva. È in parte proprio questo dono divino che le conferisce il grado di autorità e di riconoscimento, sia reale che simbolico, di cui la fondatrice del gruppo gode.

Il sistema dell'adozione interno a VIFAC si costruisce sulla definizione di un regime discorsivo e pratico articolato attorno alle nozioni di "dono divino", "grazia", "destino" e "fede", condivise all'interno dell'orizzonte di senso religioso cattolico. Ogni soggetto interno al "campo dell'adozione" costruisce la propria soggettività e identità proprio a partire e attraverso questo regime. La logica del volere e del disegno di Dio informa l'adozione come pratica di costruzione di una famiglia tradizionale rendendola vera di per sé e non suscettibile di critiche o di modiche, il suo ordine di significato è lo stesso del dogma religioso. Si crede nell'adozione perché si ha fede ed è proprio in virtù della fede che il processo di costruzione delle identità dei soggetti interni al "campo dell'adozione" è tanto più efficace quanto più permette di vivere questa caratteristica personale come un tratto distintivo della persona e del proprio percorso biografico, trasformandola in un punto di forza piuttosto che di debolezza.

In qualche modo, senza l'adozione, tutti i soggetti interni a questo campo potrebbero essere soggetti marginali: il neonato sarebbe destinato ad una vita difficile, poco felice, senza avere la possibilità di godere a pieno dei diritti di ogni bambino; la madre biologica, già soggetto in difficoltà per le condizioni di vita che l'hanno portata a chiedere l'aiuto del gruppo, si troverebbe a dover affrontare un grado maggiore di difficoltà e di maggiore vulnerabilità; i

genitori adottivi continuerebbero a sperimentare la propria vulnerabilità e marginalità sociale come soggetti con percorsi e traiettorie di vita sviluppati e di successo (matrimonio, condizioni di vita agiate, riconoscimento sociale, educazione, etica cattolica) ma non in grado di essere un uomo e una donna pienamente “completi” e “realizzati” attraverso la paternità e la maternità. Nel senso delle regole e delle concezioni socialmente condivise a livello locale, il discorso della realizzazione di una persona attraverso la genitorialità è molto più potente nei confronti delle donne che degli uomini. In Yucatán, una donna che non riesce ad avere figli o che non può realizzare il proprio desiderio di maternità (pensato troppo spesso come naturale e condiviso da ogni soggetto femminile) è una donna a metà.

Il bambino adottato incarna quello che è un dono di Dio, come ogni figlio ma anche di più, proprio in virtù del valore aggiunto che deriva dall'adozione.

Quando si sceglie di adottare attraverso VIFAC si decide anche di intraprendere un percorso e di entrare all'interno di una grande comunità, nazionale, costruita sulla condivisione da parte di tutti i suoi membri di un obiettivo comune: costruire un'etica dell'adozione, non solo come alternativa all'aborto ma, soprattutto, come nuova modalità di pensare e di vivere le relazioni parentali e affettive della maternità/paternità e della filiazione/genitorialità.

9.5 Il campo dell'adozione: una “macchina” efficace?

Nel tempo VIFAC è riuscita a definire un sistema di accoglienza e di sostegno nei confronti di diverse tipologie di soggetti: donne incinte in difficoltà, coppie che non possono avere figli e neo-nati in difficoltà. La concezione della “naturalità” dei soggetti e delle configurazioni delle relazioni è il fondamento della struttura, dell'organizzazione, delle politiche e delle pratiche dell'associazione. Questa naturalità è legata ad un'idea di ordine e disordine della persone e dei suoi rapporti con il mondo. L'adozione, definendo legami non fondati su una relazione biologica e che non rientrano a pieno all'interno della categoria “naturale”, è un valore che deve essere incentivato, trasmesso e amplificato attraverso la consapevolezza delle persone che decidono di essere parte costitutiva di tale sistema di relazioni sentimentali, affettive e materiali.

L'attività di VIFAC ha portato alla definizione di una “macchina” non-governativa e con forti legami istituzionali, operante su tutto il territorio nazionale, di controllo e di gestione della famiglia basato su una determinata visione ed ideologia. I principi sono quelli cattolici, della coppia eterosessuale, della stabilità economica, sociale ed emotiva.

La genitorialità, intesa come il senso massimo di cura e di responsabilità nei confronti della prole, viene esercitata negli ingranaggi della “macchina” in maniera “corretta”: sia dalle donne che scelgono di passare la gravidanza all’interno della casa per garantire un sviluppo sano del non-nato; sia dalle donne che in nome del futuro benessere del neo-nato decidono di darlo in adozione; sia da coloro che accolgono il neo-nato assumendo la responsabilità di garantire questo futuro. Ancora una volta la riproduzione umana è collegata con l’idea della temporalità e soprattutto a quella del futuro.

Come ho cercato di mettere in evidenza, il processo che porta le famiglie adottive a ricevere il neonato è lungo e articolato. Si compiono molteplici incontri con i membri delle associazioni, si devono rispettare requisiti, si devono seguire corsi di preparazione all’adozione, corsi emotivo-spirituali relativi all’esperienza della genitorialità adottiva. Dal primo contatto con l’associazione all’affidamento del figlio devono passare minimo due anni, spesso diventano tre. Le famiglie adottive inoltre devono contribuire economicamente sia all’esplicamento di tutte le pratiche burocratiche volte al riconoscimento giuridico dell’adozione sia al sostegno dell’associazione.

Non sono mai riuscita a capire a quanto ammontasse, in media, la spesa che le famiglie adottive compiono per riuscire ad adottare un bambino. Non ho dati certi rispetto a questa questione. Negli anni, in Messico, sono stati pubblicati diversi servizi e reportage, sulla carta stampata ma anche in televisione. Generalmente vengono presentati dati non ufficiali, all’interno di servizi che hanno uno stampo di denuncia fortemente sensazionalistico volti a mettere in discussione il funzionamento “poco etico” dell’associazione. Nel rispetto della legge sulla privacy, non esiste un modo di accedere ai registri o ai bilanci dell’associazione dall’esterno. Credo che le cifre con cui i genitori adottivi debbano “partecipare” e “sostenere” l’associazione siano molte alte. Non è un caso che tutte le famiglie che riescono ad adottare attraverso quest’associazione hanno dei tenori di vita altissimi. È anche vero che non avrebbe senso dare in adozione bambini che provengono da famiglie con condizioni economiche e sociali disagiate a famiglie che non abbiano tutte le capacità materiali ed emozionali di garantire il massimo delle possibilità e rispondere a tutte le esigenze per il loro futuro.

I bambini vengono adottati da quelle stesse famiglie che sostengono e continuano a sostenere l’associazione anche dopo aver portato a termine l’adozione, si crea tra queste famiglie e il gruppo un legame profondo, di riconoscenza, gratitudine che dura nel tempo. Le famiglie che ruotano attorno all’associazione godono spesso di un alto riconoscimento sociale, politico ed economico. Appartengono all’élite cattolica.

VIFAC gode quindi di un ampio consenso: privato, civile, religioso e istituzionale governativo.

Le stesse istituzioni governative appoggiano e sostengono VIFAC, non importa che essa sia fortemente connotata da un punto di visto religioso e che, almeno in linea di principio, lo Stato messicano si definisca laico. La “macchina” di VIFAC svolge funzioni di cui si dovrebbero occupare gli enti governativi: facilita il loro lavoro e ne supplisce le mancanze. I tempi e i modi della gestione istituzionale dell’adozione sono pachidermici rispetto a quelli dell’associazione, l’apparato di servizi e di possibilità di accoglienza e sostegno per donne incinte in difficoltà statale è quasi del tutto inesistente.

L’associazione è riuscita a creare un sistema “civile e non governativo” al di fuori dei canali ufficiali istituzionali ma che, essendo regolato dagli stessi principi giuridici e legali, ne segue le sue stesse logiche burocratiche. La “macchina” di VIFAC funziona in maniera parallela e correlata con il sistema istituzionale e mantiene un grado di autonomia dal controllo governativo abbastanza elevato, soprattutto per quanto riguarda la gestione dei meccanismi e dei processi interni.

Quello dell’adozione si definisce nei discorsi dei membri del gruppo come una “cultura”, un complesso articolato di saperi, pratiche, comportamenti, principi morali. Ma quello dell’adozione, seguendo una prospettiva analitica bourdiana²⁸⁵, è anche un “campo” all’interno del quale i diversi soggetti possono mettere in gioco il proprio “capitale”: simbolico, materiale, sociale ma anche biologico. Un campo sociale definito da differenze, da rapporti di senso e di potere, in cui ogni capitale è distribuito tra i diversi soggetti in modo disuguale.

Le madri biologiche accedono a questo campo soprattutto in virtù del loro capitale biologico, nel loro essere principalmente “incubatrici” per non-nati. Cercherò di esplicitare quest’affermazione all’interno del prossimo capitolo attraverso l’analisi delle esperienze e delle traiettorie di vita di queste, dentro e fuori dall’associazione. Le coppie adottive mettono in campo soprattutto un capitale economico e culturale in virtù del quale esse vengono definite come “perfette” per accogliere un neo-nato. L’associazione, attraverso le persone che ne fanno parte, gioca soprattutto sul piano del capitale simbolico e di quello sociale.

L’associazione, insieme agli enti governativi e/o al di fuori di essi, definisce una strategia di gestione del “campo” dell’adozione che sembra essere sul piano del contesto locale assolutamente efficace. Si aiutano le donne in difficoltà, si aiutano i bambini ad avere migliori possibilità di vita, si aiutano le coppie che non possono avere figli a diventare genitori. Le

²⁸⁵ Per un’analisi della nozione di “campo” rimando al lavoro di Pierre Bourdieu (2003; 1992).

strategie di intervento sul contesto locale, in cui l'aborto è illegale - e questo elemento incide fortemente sulla pratica e sulla possibilità dell'adozione -, risultano essere "vincenti". La "macchina" di VIFAC è efficace e funzionale al sistema politico, economico, sociale, culturale e morale all'interno del quale essa è inserita ed opera.

Allo stesso tempo, questa macchina che sembra essere così "perfetta" è soggetta a critiche e presenta storture nel suo funzionamento e nei risultati di quello che potremmo definire nei termini di "prodotto finale". Il prodotto finale mi sembra essere la creazione di un sistema di controllo della famiglia, inteso come nucleo primario delle relazioni sociali. Le famiglie che "costruisce" seguono il modello della "famiglia del Mulino Bianco", famiglie "perfette". Il circolo virtuoso che l'associazione "azionista" è soprattutto un circolo chiuso, all'interno del quale i maggiori benefici passano per coloro che possono accedere a determinati canali: è l'élite sociale che sostiene il gruppo ad ottenere i maggiori benefici dalla sua attività.

Lavorando e agendo all'interno di un sistema assistenzialistico chiuso, VIFAC esercita una capacità "minima" di intervento e di cambiamento positivo al di fuori di questo stesso sistema. L'associazione non incide in modo effettivo ed efficace sulle traiettorie di vita delle donne che ad essa si rivolgono. VIFAC non mettendo in discussione, né sul piano ideologico né su quello pratico, le relazioni di potere disuguali che definiscono i tracciati biografici (a livello sociale, materiale e relazionale) delle donne, non incide in maniera diretta su una possibilità "reale" di cambiamento.

È in questa prospettiva di analisi che possono essere comprese le maggiori critiche che vengono mosse al gruppo da parte di altri settori della società civile e politica, locale e nazionale. Mi riferisco in particolar modo a gruppi di stampo politico progressista e di sinistra, al movimento femminista e anche al movimento Pro-Choice.

Questi gruppi che non sono contrari all'adozione criticano la gestione eccessivamente "economica, mercantilistica e religiosa" che di essa opera l'associazione. In questo senso la "macchina" di VIFAC può essere interpretata come un mercato delle adozioni in cui si può accedere in maniera "diretta" a neo-nati, bambini piccolissimi che generalmente vengono preferiti ai bambini di età maggiore da parte delle coppie adottive, in tempi che sono molto più rapidi rispetto a quelli ufficiali. Gli elementi che definiscono l'accesso a queste specifiche possibilità per l'adozione sono due: la disponibilità economica e la religione cattolica. Ciò implica che, facendo leva sulle condizioni di vita delle fasce della popolazione più emarginate, attraverso la "macchina" di VIFAC, i neo-nati passino da determinati strati sociali ad altri, con un'autonomia rispetto al controllo dello stato.

CAPITOLO 10

ESPERIENZE E TRAIETTORIE DI VITA TRA GRAVIDANZA NON PIANIFICATE, RELAZIONI SENTIMENTALI E PROCESSI MATERIALI

10.1 Entrare in un'accoglienza chiusa

All'inizio di aprile del 2012 supero per la prima volta l'ingresso della casa di accoglienza: entro nello spazio domestico e conosco le donne ospiti. Vengo presentata da Adriana come un'antropologa italiana che vorrebbe conoscere le loro esperienze perché sta facendo una ricerca sulla gravidanza. Sono tutte nella sala della casa, alcune ricamano, alcune guardano la televisione, altre giocano con i bambini. Sono ospitati nella casa, in quel momento, un neonato di una settimana e la figlia di tre anni di una delle donne incinte. Io non mi sento molto a mio agio, loro mi ignorano.

La situazione è un po' tesa: loro non riescono a capire che cosa faccio lì, non sono una volontaria o una maestra, non capiscono quindi neanche i miei rapporti con l'associazione e con la direttrice; io non riesco a spiegare che non lavoro per conto dell'associazione e che sono indipendente. Dico semplicemente che vorrei conoscere la loro esperienza della gravidanza e le loro storie. Il dialogo non è facilitato da quello imposto come presupposto per la mia ricerca: non posso svolgere interviste individuali restando da sola con una delle donne. Dobbiamo parlare tutte insieme. Mi siedo con loro su una poltrona della sala, provo a fare qualche domanda sperando che qualcuna di loro abbia voglia di rispondere, facilitando in questo modo la comunicazione.

I diversi tentativi sono fallimentari, nessuna ha voglia di parlare con me, probabilmente nessuna ha voglia di parlare della propria storia, tantomeno davanti alle altre donne. Mi dicono che non è semplice gestire la gravidanza stando lì dentro ma che, a causa delle difficoltà di ognuna, si sono ritrovate tutte nella stessa situazione. La conversazione è singhiozzante. Una ragazza con i capelli corti, molto giovane, almeno così mi sembra, mi dice che non tutte le esperienze sono uguali, alcune sono peggiori delle altre. Lei non vuole raccontare la sua e soprattutto non vuole che sia documentata in nessun modo, non vuole che nessuno la conosca.

Ammetto che in quella circostanza non sapevo che cosa fare, forse mi sentivo anche in colpa per voler imporre a loro di parlare con me quando io in una situazione come la loro forse non

mi ci sarei mai trovata e soprattutto, se anche avessero parlato con me, avrei avuto gli strumenti per comprenderla in tutta la sua complessità? Le rispondo comunque che capisco la sua posizione e che non c'è nessun obbligo per loro di parlare con me.

Resto ancora un po' seduta con loro e poi decido di dire ad Adriana che in questo modo non può funzionare, chiedo se posso provare nelle prossime volte a parlare in maniera individuale con le donne, non è necessario che ci sia una stanza chiusa ma che almeno sia una conversazione a due. Fortunatamente Adriana mi accorda il permesso.

Ancora una volta, contro ogni mia aspettativa, Adriana si prende la responsabilità di rischiare ed io la responsabilità di non interferire e di restare il più neutrale possibile nei confronti delle donne, di rispettare il mio ruolo di ricercatrice. Più volte ho pensato che, proprio per come era andato quel primo incontro con le donne, Adriana non si aspettasse che avrebbero parlato con me. Il permesso che mi aveva accordato era forse legato a questa aspettativa che metteva a tacere qualsiasi possibile timore. Se fossero state le ospiti della casa a rifiutare di parlare con me, l'associazione ne sarebbe uscita "pulita". L'organizzazione mi aveva accordato il permesso e, aprendosi con disponibilità, aveva dimostrato che non aveva niente da temere o da nascondere a uno sguardo esterno. Inoltre aveva lasciato la responsabilità di gestione del dialogo alle singole donne dimostrando, anche in questo modo, di rispettare la libertà individuale e di dare la possibilità di scelta alle proprie ospiti. Tale posizionamento da parte della direttrice mi sembrava in contraddizione, o comunque stridere, con lo spazio chiuso e fortemente controllato della casa, in cui tutte noi donne ci stavamo muovendo.

La volta successiva incontro Alicia. Alicia è stata la prima donna ospite della casa che ho intervistato. La prima con cui mi sono seduta davanti ad un tavolo con il registratore acceso, a cui ho chiesto di raccontarmi, di raccontarsi. È stata lei a chiedermi che cosa ci facessi in quel posto, la volta precedente non avevo avuto modo di incontrarla perché era uscita per un controllo medico. Le spiego che stavo facendo una ricerca e che ero interessata a conoscere le esperienze di donne che si trovano in difficoltà durante la gravidanza, che volevo fare delle interviste con loro. Lei mi ha risposto: "ti aiuto io, se vuoi". In questo modo ha dato l'esempio alle altre donne, ha rotto il silenzio nei miei confronti, si è esposta e ha fatto in modo che si creasse un canale di comunicazione tra me e loro. Dopo di lei le altre avrebbero saputo che si trattava di un'intervista e anche di che tipo d'intervista, di che cosa avremmo parlato. Sarebbero state più tranquille e più disponibili a parlare con me. Effettivamente la tensione con le donne dopo quella prima intervista si sarebbe sempre di più affievolita. Sapevo che la prima intervista sarebbe stata quella più difficile da fare e, in qualche modo, ero sin da subito riconoscente nei confronti di questa donna che si era mostrata disponibile.

Alicia era incuriosita da me e dal mio lavoro, era soprattutto annoiata dalla sua quotidianità, in quel momento rappresentavo per lei una valvola di sfogo e un canale di comunicazione con l'esterno.

Quella prima intervista era difficoltosa per me non solo perché non sapevo se effettivamente qualcuna delle donne sarebbe stata disposta a raccontarmi di sé ma anche perché non avevo la più pallida idea di che cosa mi sarei potuta aspettare di trovare in quei racconti. Sapevo che spesso avrei incontrato condizioni e situazioni esistenziali molto complicate, esperienze difficili, traiettorie biografiche non facili da portare avanti, ma non potevo immaginare in che termini le donne che avevo di fronte le avrebbero tradotte e condivise con me.

Sapevo che non avrei dato giudizi ma temevo di dare consigli o informazioni che avrebbero potuto aprire ad altre possibilità, diverse da quelle in cui si trovavano a vivere in quel momento, diverse da quelle offerte dall'associazione. Temevo di non rispettare i termini del mio accordo con la direttrice. Temevo soprattutto di dire cose che non avrei dovuto e che avrebbero potuto urtare la sensibilità di chi avevo davanti. La mia più grande paura era quella di non capire, di ascoltare senza farmi coinvolgere, di restare un'osservatrice estranea ed esterna.

Alicia ha ventinove anni, siamo quasi coetanee. Capelli lunghi e neri, occhi scuri, la pelle olivastra, il volto non ha segni dell'età di donna già adulta. È minuta, senza forme femminili evidenti, neanche la sua pancia è troppo evidente, anche se, ormai, la gravidanza è avanzata. Mancano meno di due mesi al parto. Il suo corpo non trasmette la pacatezza e lo splendore che sembra essere tipico delle donne incinte. È opaca. La sua carnagione olivastra è forse più scura di quanto lo sarebbe stata se l'avessi incontrata in un'altra circostanza, all'aria aperta per esempio. Il suo corpo non parla di una donna incinta e felice, parla di un peso che si porta addosso, che quasi non le appartiene. L'unica conseguenza fisica della gravidanza, oltre alla pancia, sono le caviglie gonfie e le gambe pesanti, mi dice.

Effettivamente, con il tempo mi renderò conto che sono poche le donne incinte, incontrate dentro VIFAC, che trasmettono quella luce e quel senso di gioia raggianti dato dalla gravidanza e dalla nuova vita ad essa connessa (un dato ironico, visto che ci troviamo all'interno di uno degli spazi in cui più di tutti questa vita viene celebrata).

Alicia è nata ed ha vissuto la maggior parte della sua vita a Città del Messico. Da poco si è trasferita a Mérida, dove vivono anche sua madre e suo fratello maggiore. Loro sono la sua famiglia; con il padre non ha molti rapporti, vive nello stato di Tabasco. Prima di entrare qui, abitava tra casa di sua madre e quella del fratello. Anche dopo essersi trasferita, ha

continuato a passare lunghi periodi di tempo a Città del Messico, fino a quando ha scoperto di essere incinta. L'accento, l'atteggiamento e il modo di parlare, le espressioni verbali e fisiche che utilizza, sono tratti indicativi del suo essere chilanga²⁸⁶.

Nella vita si occupa di fotografia. Lavora come fotografa ma non ho mai capito bene che tipo di lavoro svolgesse prima di entrare nella casa di VIFAC e, più in generale, prima di restare incinta. Mi racconta che ha imparato a fare la fotografa buttandosi in "questo mondo". È sempre stata affascinata dal mondo dell'arte, prima di intraprendere questa strada però ha studiato altro: chimica industriale e poi medicina naturista, abbandonate entrambe perché non le piacevano. "Poi, un giorno, decisi che la fotografia era quello che faceva per me"²⁸⁷.

Ha studiato fotografia in una scuola che si trova a Coyoacan, il quartiere di Frida Kalho e Diego Rivera. Uno dei quartieri più belli di Città del Messico, in cui vivono artisti, intellettuali e in cui si svolge gran parte della vita culturale della città. La scuola non l'ha mai finita perché costava troppo. Ha quindi iniziato a lavorare frequentando gli ambienti dell'arte, conoscendo persone ed entrando nei circoli giusti. "Nell'ambiente conosci gente, è tutto un lavoro di relazioni. Così ho conosciuto diversi fotografi e grafici e quindi io andavo con loro, li seguivo, lavoravo con loro e così ho imparato"²⁸⁸.

Arrivata a Mérida ha lavorato per una radio locale: fotografava per loro gli eventi musicali. Preferisce vivere e lavorare a Città del Messico piuttosto che a Mérida che è un posto molto tranquillo, forse anche troppo lento, rispetto alle sue abitudini e al suo stile di vita. "Qui sono tutti troppo passivi"²⁸⁹.

Lei è ferma da un punto di vista lavorativo già qualche mese: la gravidanza è stata problematica ed è dovuta stare a riposo, ha sofferto di forti dolori e nelle ultime settimane ha avuto minacce di aborto. Per ora non si preoccupa del lavoro, dei soldi e di come affrontare le spese legate alla gravidanza e alla sua sussistenza: resterà a vivere per i prossimi due mesi all'interno della casa di accoglienza.

Non sa bene che cosa farà dopo aver partorito, non ci ha pensato molto ancora. Sa che sicuramente dovrà rimettere insieme un po' di pezzi, l'unico progetto è andare avanti e il primo obiettivo per lei sarà quello di guadagnare qualche soldo per potersi permettere di vivere in una casa che non sia quella del fratello. Poi, con più tempo e più risorse economiche, pensa di lasciare Mérida, tornare probabilmente a vivere a Città del Messico e venire ogni tanto a visitare la sua famiglia.

²⁸⁶ Espressione che viene utilizzata per indicare le persone nate e cresciute a Città del Messico.

²⁸⁷ "Luego he decido que la fotografía era lo que hacia para mí" [Intervista 11/04/12].

²⁸⁸ "En el ambiente conoces gente, así he encontrado fotografos y graficos, estaba con ellos, y he aprendido" [Intervista 11/04/12].

²⁸⁹ "Aquí son todos muy pasivos" [Intervista 11/04/12].

Alicia è al settimo mese di gravidanza e ha deciso già da tempo che darà il bambino in adozione. Alla ricerca di genitori adottivi è arrivata a bussare alle porte di VIFAC. Da parte dell'associazione ha ricevuto tutto il sostegno di cui aveva bisogno e, soprattutto, la garanzia che loro si occuperanno di gestire ogni pratica per l'affidamento del bambino e che troveranno una famiglia in grado di prendersene cura.

Si è trasferita a vivere all'interno della casa soltanto da due settimane, la gravidanza è diventata troppo evidente e non vuole avere "nessun problema". Ciò significa che: "voglio evitare di dover rispondere alle domande delle persone"²⁹⁰. Ha quindi preferito mantenere questo segreto, gestendo la maggior parte della gravidanza e dei problemi ad essa connessi da sola. Sua madre sa che è incinta ma non sa dove si trova, pensa che sia tornata a Città del Messico. Lei non era d'accordo con la possibilità e la decisione di dare il bambino in adozione. Avrebbe però compreso la decisione di abortire e pensa che sua figlia sia andata a Città del Messico proprio per questo motivo.

La storia di Alicia non è semplice. Pur non volendo, la nostra conversazione inizia forse a gamba a tesa, soprattutto per le circostanze che riguardano la sua esperienza che io, ovviamente, ignoravo. Una delle mie prime domande è: "È la tua prima gravidanza?". Mi aveva detto di avere ventinove anni, dunque in maniera quasi meccanica avevo dato per scontato che, seguendo i modelli riproduttivi locali, molto probabilmente a quell'età avesse già avuto altri figli. Invece è la sua prima gravidanza, o per meglio dire "la prima che riesce ad arrivare a termine". A questo punto continuo a dare per scontato molte cose e penso che, considerate le altre gravidanze non andate bene, questa sarà una gravidanza desiderata. Lo chiedo in modo diretto. La risposta supera ogni mia possibile aspettativa, almeno in quel momento: la gravidanza è stata la conseguenza di una violenza sessuale. Questa violenza, come la maggior parte di quelle che si verificano, non è stata denunciata. Tantomeno Alicia si è recata in ospedale per verificare la possibile trasmissione di malattie sessuali. Non conosce il padre del bambino che nascerà, non ha la più pallida idea di chi possa essere. Ha cercato di ricordare ma non è sicura di sapere bene cosa sia successo.

Era ad una festa, si è svegliata dentro una stanza di un hotel. Era andata da sola e pensa che probabilmente qualcuno l'abbia drogata o qualcosa di simile, perché mi dice: "mi sono persa completamente". Utilizza più di una volta la stessa espressione: "Ya te perdiste y ya ni modo" "Ormai ti sei persa, non c'è altro da fare, è andata così". Mi racconta le sensazioni di quel risveglio, non sapeva dove si trovasse né cosa fare. E poi: "Chian, era successo" si rende conto. Mi parla della confusione, del senso di responsabilità, quasi di colpa, che prova

²⁹⁰ No quiero tener que explicar las cosas a la gente

per essere andata alla festa da sola, per essere uscita da sola e non accompagnata da qualcuno che conosceva. È

“È stata colpa mia molto probabilmente, non lo so. Doveva succedermi questa cosa. Non lo so, per essere andata da sola. Dovevo essere più responsabile”²⁹¹. Poi non ha fatto niente, non l’ha neanche raccontato a nessuno. È tornata a Mérida e ha continuato la sua vita fino a quando non si è resa conto di essere incinta.

Mi racconta che all’inizio non era molto preoccupata del rischio di una gravidanza e, se anche fosse successo, si aspettava che come per le sue gravidanze precedenti avrebbe abortito spontaneamente. Alicia, infatti, ha sempre saputo di non poter aver figli, già da adolescente le avevano diagnosticato di avere un utero “infantile” e i diversi ginecologi a cui si era rivolta le avevano confermato che le possibilità di portare avanti una gravidanza per lei erano quasi inesistenti. Invece si rende conto che, a dispetto di qualsiasi aspettativa, questa gravidanza procede naturalmente cerca di trovare una soluzione al “problema”.

Cerca un modo per abortire. Cerca informazioni su internet per procurarsi le pastiglie di Misoprostol, ma per lo stato avanzato della gravidanza non avrebbero funzionato e sarebbe stato rischioso. Aveva già superato i tre mesi. Sarebbe potuta tornare a Città del Messico, dove l’interruzione volontaria della gravidanza è legale, ma aveva già superato il limite di tempo permesso dalla legge. L’unica opzione era trovare un modo “clandestino” a Mérida. Grazie all’aiuto di un suo conoscente riesce a trovare il contatto di un ginecologo che pratica aborti all’interno della sua attività lavorativa privata. Il medico le chiede un compenso di 5500 pesos (equivalente a circa 300 euro) per praticare l’intervento. Potrebbe sembrare una cifra non eccessivamente alta o comunque una spesa sostenibile ma se contestualizziamo questa cifra rispetto all’economia e al mercato del lavoro locale, il valore della spesa è quasi proibitivo. Il salario medio di una persona, che ha un lavoro stabile e un regolare contratto, è calcolato attorno ai 6000/7000 euro all’anno, circa 400 euro al mese. In quel momento, Alicia non aveva quella disponibilità economica, non aveva un lavoro e non ha trovato nessuno che potesse farle un prestito.

Quando mi parla dell’aborto mi dice che lei sarebbe molto favorevole alla sua legalizzazione in tutto il paese, come è successo a Città del Messico. Secondo lei, in questo modo, cambierebbero molte le cose e molte situazioni diventerebbero di gran lunga più facilmente gestibili e sostenibili per le donne. “Ma si fa tutto sotto l’acqua (bajo el agua) non si può fare

²⁹¹ Tengo la culpa, no lo se. Tenia que pasarme esto. No lo se, por ir sola. Tenia que ser mas responsable

alla luce del sole, neanche in quei casi in cui è permesso dalla legge, come per esempio quando si tratta di una violenza”²⁹².

Alicia non abortisce, porta avanti la gravidanza sperando sempre di incorrere in un aborto spontaneo. Mi racconta che con gli aborti ha una certa familiarità. A ventitre anni si è sposata ma ora è separata. È stata una relazione duratura e importante, di quasi dieci anni. Da sposata non voleva figli ma non aveva mai preso nessuna precauzione sapendo che non sarebbe potuta rimanere incinta. Ma, invece, le era capitato un paio di volte di rimanere incinta.

Continua a ripetermi che non vuole avere figli, che non li ha mai realmente desiderati ma che comunque in quelle due occasioni aveva sperato che le gravidanze andassero a buon fine. Sarebbe stata felice di avere un figlio soprattutto perché ne sarebbe stato felice il marito. Si sarebbe anche lei adattata all’evenienza di avere un figlio e ne avrebbe gioito.

Ha avuto due aborti spontanei. Mi racconta di averli vissuti tra un misto di leggerezza, per aver evitato qualcosa di cui forse non era completamente convinta, e di dolore, per aver dovuto rinunciare alla possibilità di una vita diversa. Mi racconta che la seconda gravidanza era stata quella in cui aveva maggiormente sperato: era andata avanti più delle previsioni dei medici e si era affezionata all’idea di creare un nucleo familiare diverso dalla coppia. Si sarebbe realizzato il desiderio di suo marito che stava diventando, poco a poco, anche il suo. Un giorno iniziano i dolori fino a quando non espelle un grumo di sangue, “una sorta di sacchetto”, mi dice. Un sacchetto che raccoglie dallo scarico del bagno. Lo prende, lo apre e dentro trova l’embrione. “Un bambino minuscolo, piccolo, piccolissimo che però era già formato nella sua struttura”²⁹³. È affascinata, rattristita e anche rassegnata ma prende la macchina fotografica e fotografa quello che ha davanti. “Quell’ammasso di cellule e di sangue che fino a poche ore prima rappresentava un cambiamento di vita”²⁹⁴.

Nonostante fosse sempre stata molto chiara anche con il marito sulla possibilità di avere figli in realtà in quell’occasione si sentiva in modo diverso. Sebbene avesse sempre benedetto il suo utero perché non le avrebbe permesso di portare a termine una gravidanza, in quel momento avrebbe voluto che gli eventi seguissero un’altra direzione.

Dopo qualche tempo, dal secondo aborto, si separa dal marito. I loro rapporti sono rimasti buoni. È stata la sua relazione più importante. Le chiedo cosa pensa rispetto alla sua vita sentimentale, mi dice che non crede più molto nell’amore ma che forse può sempre succedere

²⁹² “Se hace todo bajo el agua, no se puede hacer a la luz, ni cuando esta permitido por ley, como en caso de violación” [Intervista 11/04/12].

²⁹³ “Un niño pequeño, muy pequeño, que estaba ya todo formatido” [Intervista 11/04/12].

²⁹⁴ “Eran puras células, pero era como un cambio de vida antes” [Intervista 11/04/12].

quello che non ci si aspetta. Mi dice che l'immagine che ha della sua vita futura è fatta di solitudine, di lavoro, di una casa in montagna in cui vivere da sola, con due cani e con molti libri. È così che si vede ed è così che si è sempre immaginata nel futuro. Non si è mai pensata con dei figli.

Con il suo ex marito, con cui legalmente è ancora sposata, ha un buon rapporto. Ironia della sorte anche la sua nuova compagna in questo momento è incinta, anche suo marito aspetta un figlio. Il marito è a conoscenza della situazione in cui si trova Alicia. Ne ha dovuto parlare con lui, soprattutto perché, essendo ancora sposati legalmente se non ci sono dichiarazioni contrarie è lui che risulterà essere il padre del bambino, da un punto di vista legale. Doveva parlare con lui per avere il suo consenso rispetto alla possibilità dell'adozione, per non avere nessun problema legale. Lui le ha dato tutta la sua disponibilità ma le ha anche consigliato di non dare il figlio in adozione, di pensarci bene. Le chiedo che cosa ha pensato quando lui le ha detto di aspettare un figlio dalla sua attuale compagna, mi dice che le ha fatto uno strano effetto. Non per lui, non tornerebbe insieme. Ha pensato però a quanto questa situazione fosse strana, al fatto che si sono ritrovati nella stessa situazione in modi completamente diversi, quando lui avrebbe sempre voluto che avessero un figlio insieme. È pensare a come si è verificata la sua gravidanza che la fa stare male.

“Mi sarebbe potuta andare diversamente e invece è successo tutto così e devo fare tutto da sola. Mi sarebbe piaciuto non sentirmi così sola. Non mi ha fatto effetto perché sento qualcosa per lui ma per sentirmi così sola, perché è difficile. Perché a volte hai bisogno, non so, di qualcuno che sia presente, che ti coccoli, che ti stia vicino. Hai bisogno di attenzioni. È questo, però va bene così. È anche vero che non morirò per non avere queste cose, però sì, sono cose che mi sono mancate”²⁹⁵.

Lei dice di essere convinta della scelta dell'adozione, di averci pensato già, mi dice anche che lui non sa tutta la storia, nessuno conosce tutta la storia, neanche la madre.

Mi spiega che non vuole parlare di questa gravidanza e di come è successo. Parla del senso di colpa, della responsabilità per quello che le è successo, e anche il senso della vergogna per non essere stata in grado di evitarlo, di prendere le misure precauzionali necessarie per non incorrere in questa esperienza. Si sarebbe potuta salvare da sola se solo avesse voluto e mentre mi dice queste cose io penso che forse non ha voluto o forse è semplicemente troppo dura con sé stessa.

²⁹⁵ “Me hubiera podido ir de otra manera, yo quería uno así. Bueno si te pasa, es lo que esperas, no? Alguien que me este consintiendo y apapachando, no? Es duro, pues sí, porque necesitas, no se, alguien que te consiente. Poder quejarme ahí me duele esto, y que vaya alguien corriendo, no? Algo así, atención, no? Es esto, pero bueno, tampoco me voy a morir si no la tengo pero sí, si hizo falta” [Entrevista 11/04/12].

È una mia ipotesi e non so quanto sia valida ma, nella consapevolezza cinica e distaccata che mostra continuamente, mi sembra di vedere oltre a tutta la sua forza anche la voglia di uscire dalla gravidanza come se fosse un passaggio difficile, di cambiamento, ma senza esserne completamente sopraffatta. Gli eventi le appartengono, la riguardano, se ne sente responsabile ma allo stesso tempo la lasciano indifferente. È come se in tutta la sua consapevolezza poi lasciasse sempre sfuggire qualcosa, perché lei può fare le sue scelte ma allo stesso tempo si adatta a tutto ciò che c'è di irrazionale e incontrollabile nel suo tracciato biografico.

Le emozioni trapelano poche volte nelle risate, nelle battute ciniche, nella durezza di alcune affermazioni, nei cambiamenti di tono della voce che diventa un sussurro. Non ho mai capito se la sua fermezza sulla decisione di non avere figli fosse una conseguenza del sapere che non avrebbe potuto avere o se invece fosse un desiderio assoluto, senza nessuna corrispondenza con le possibilità o gli impedimenti fisiologici. Probabilmente non esiste una separazione netta tra questi elementi ma si trovano in rapporto dialogico tra loro ed incidono, in maniera simultanea, sulla traiettoria di vita di questa giovane donna.

Quando parla dei figli è sempre molto netta. Mi dice che abortire sarebbe stato più semplice, per due motivi: “Da una parte io detesto i bambini, veramente. Li vedo e mi viene il cattivo umore, non mi sono mai piaciuti. Dall'altra parte non penso di poter essere una buona madre se non li sopporto. Posso stare con un bambino qualche ora ma poi non ce la faccio. In più non è solo questo mio modo di pensare, è che un bambino per me non è un beneficio, non mi serve. Un bambino lo devi mantenere, ti devi prendere cura di lui, dedicarti a lui... io lo vedo un po' così, quasi mi trasformo nella sua schiava... la maternità non mi piace. Non sono così, sono indipendente, sono libera, vado di qua e di là e aver un figlio mi ostacolerebbe, mi bloccherebbe molto. Un'altra ragione è per la situazione in cui è successo tutto questo, proprio non riesco a capire come potrei amare un bambino che è venuto così, come faccio ad amare qualcuno di cui non conosco il padre, che non volevo, che è stato sin dall'inizio una violenza? Proprio non lo riesco a capire. E sì, l'adozione... io lo potrei mantenere un figlio, ma non lo voglio, io non lo voglio [...] È da quando ero adolescente che dico a mia madre che non voglio avere figli, poi ho provato quando ero sposata, era una situazione diversa, c'era una persona che amavo con me, ma adesso guarda, non lo volevo e invece ne ho uno nella pancia che cresce! (ride)”²⁹⁶.

²⁹⁶ “Es que no me gustan los niños, los veo y me pongo de malas. No creo que pueda ser una buena madre, no los aguanto. Puedo estar con un niño algunas horas pero luego no. Además que un niño no es un beneficio para mí, no me sirve. Lo tienes que cuidar, crecer, dedicarte a él, parece que eres su esclava... a mí la maternidad no me gusta. No soy así, me gusta estar sola, ser independiente, siento que un hijo sería un obstáculo. Y además por como ha pasado, siento que no podría amar a este niño. No entiendo como podría, ni se quien es le padre, no lo

La pancia di Alicia non è molto grande, è cresciuta soprattutto nelle ultime settimane. Quando le chiedo come si sente quando deve fare le ecografie mi dice che è una strana sensazione e che certamente non è qualcosa che ti lascia indifferente: “ti colpisce vederlo, gli fanno delle foto e poi te le mostrano, te le porti dietro con te. [...] Certo che le ho viste, come facevo a non vederle? È ovvio che non ti senti bene, che non sei felice. Ti senti male con te stessa. Poi vedi anche tutte le altre madri che sono qua dentro e che tengono i neonati e ti senti ancora peggio. Però secondo me dipende anche dagli ormoni, sono troppo sensibile in questo momento, secondo me”.

Ma è una testarda e ha deciso: darà il bambino ad una famiglia che possa prendersi cura di lui, questo bambino avrà le possibilità di vivere come merita e di essere amato. Lei si sta preparando mentalmente all’idea. Si prepara a pensare che una volta uscita da questa situazione potrà tornare alla sua vita “come se avessi affittato la mia pancia”.

Quello che più la spaventa è il senso di colpa che potrà provare un giorno al pensiero di non aver tenuto il figlio e di averlo abbandonato: “Non lo so, è il mio primo figlio, si suppone che dovrei amarlo. Ma questo è anche quello che ti mettono in testa! [...] La direttrice mi ha detto che devo lottare per mio figlio, che devo mettere energia in questo nuovo progetto di vita. Ma io penso che se fosse dovuto venire fuori il mio senso materno, il mio istinto materno, sarebbe già uscito da tempo. Lo cerco, però niente, non c’è”²⁹⁷.

Alicia ha affrontato con grande senso di responsabilità la gravidanza quando si è resa conto che non avrebbe più potuto evitarla in nessun modo. Ha smesso di fumare, ha seguito regolarmente i controlli medici, ha cambiato stile di vita e ha iniziato ad avere tutte le accortezze e le attenzioni richieste dal caso. Mi dice che l’unica cosa che può fare e può offrire a questo bambino, in questo momento, perché in fin dei conti lui adesso è lì dentro e non è colpa sua.

I suoi rapporti con le altre donne non sono molto stretti, dice che lei parla poco con le persone, poi non le interessa stringere amicizia o farsi conoscere lì dentro, non ha molte cose in comune con le altre donne ospiti. Dentro la casa si trova bene ma è sempre un ambiente chiuso, in cui non sei libera, devi rispettare delle regole e non puoi fare quello che vuoi. Non c’è privacy dentro la casa, tutti gli spazi sono condivisi anche le stanze per dormire, questo

quiero. Desde cuando era chica le decía a mi mama que no quería hijos. Luego lo he intentado pero nada y mira ahora, no lo quería y ya lo llevo con mi panzota” [Entrevista 11/04/12].

²⁹⁷ “Si afecta, si te afecta emocionalmente, de hecho hoy que fui al ultrasonido y lo vi, le tomaron fotos no se si te las enseñó la directora. La de su cara y si me dijo la directora: “seguro no lo has visto, verdad?”. y digo, si lo he visto, pues obviamente lo he visto. Obviamente sientes feo, y luego de ver a las muchachas que también se lo van a quedar pues si, si me afecta. Pero no tengo este sentido de maternidad, lo busco pero no lo encuentro” [Entrevista 11/04/12].

per lei è difficile da gestire. Soprattutto, si annoia. Le attività che vengono svolte non le interessano.

Con il passare delle settimane il nostro rapporto si consolida, ogni volta che vado passiamo del tempo insieme. Un giorno di metà giugno arrivo come sempre nella casa, mi rendo conto che Alicia non c'è. Non la vedo da dieci giorni, più o meno, sono stata fuori Mérida. Chiedo come mai non ci sia, mi dicono che è andata dal medico con il bambino. Sono un po' sconcertata e molto stupita da questa notizia: ha partorito prima del tempo perché ci sono stata delle complicazioni e ha deciso di tenere il bambino. Io non avrei mai pensato che alla fine avrebbe cambiato idea. Non la vedo da un po' di giorni, forse sono stati fondamentali, forse è successo qualcosa che l'ha portata a cambiare idea, forse la nascita del bambino le ha fatto prendere un'altra decisione.

Quando rientro non so' bene come comportarmi, le faccio gli auguri, mostro il mio entusiasmo, le chiedo come sta. Guardo il bambino, è un maschio, non ha ancora un nome perché ha deciso di aspettare fino a quando non lo devono registrare nell'ufficio dell'anagrafe. Non mi sembra molto felice, mi sembra molto provata fisicamente, molto stanca. Il bambino è nato qualche giorno prima, un parto naturale, tre giorni di doglie e di dolore ma nessuna cicatrice. È stato un parto lungo e faticoso. Mi dice che è stata un'esperienza orribile. Dopo il parto era sfinita ma sempre convinta dell'adozione. Aveva tenuto con sé il bambino per ventiquattro ore e dopo era stato affidato, come da prassi, ad una delle case-culla.

Mi racconta che però dopo un paio di giorni ha chiesto se fosse possibile vedere il bambino e tenerlo un po' lì con sé, non era molto convinta di quello che stava facendo ma nella casa non hanno capito che non aveva deciso di tenere in maniera definitiva il bambino e l'entusiasmo intorno a lei era collettivo. Adriana era felicissima perché finalmente aveva cambiato idea. Aveva telefonato anche sua madre e le avevano detto che aveva deciso di tenere il bambino. A quel punto mi dice: "Io non sono riuscita a dire che non ero sicura, che volevo solo fare una prova e l'ho tenuto"²⁹⁸.

L'ultima volta che la vedo è a metà luglio, aspetta la fine della sua quarantena prima di andare via. Mancano ormai pochissimi giorni e probabilmente non ci sarà la prossima volta che andrò a fare visita alla casa. Credo che sia un po' spaventata all'idea di affrontare questa maternità al di fuori dello spazio chiuso dell'associazione. Dentro la casa si sente protetta, non è da sola e ci sono sempre persone che possono aiutarla e spiegarle come comportarsi con il bambino, come prendersi cura di lui, come fare qualsiasi cosa. È passato

²⁹⁸ "No he podido decir que no lo queria, que no estaba segura y me lo he quedado, estaban todas muy felices" [appunti del diario di campo settembre 2013].

un mese dalla nascita del bambino e lui ancora non ha un nome. Non lo chiama, ha deciso che lo nominerà quando saranno fuori da lì. Mi dice: “Non avere figli, ti tolgono la vita”. Non è felice.

La storia di Alicia è importante all'interno del percorso della mia ricerca sia da un punto di vista metodologico, per avermi permesso di definire un canale di comunicazione, sia da un punto di vista analitico: è una storia che per molti versi non è definita dagli elementi che accumulano le traiettorie di vita delle donne che generalmente si rivolgono all'associazione.

Alicia ha studiato, è una persona che ha compiuto un percorso personale di formazione e di definizione di sé. Alicia ha un lavoro che è anche una passione. Alicia non ha vissuto in una famiglia ed in un nucleo domestico fatto di violenza, abusi e alcolismo. Ha avuto un matrimonio felice. È una donna che ha potuto fare le sue scelte come meglio ha ritenuto opportuno e che, nel suo sostenere di non volere figli, mette continuamente in discussione i modelli di vita e di donna “dominanti” all'interno della società messicana.

Credo che sia l'unica donna, di quelle incontrate durante tutto il tempo della mia ricerca, che mi ha detto di non volere figli e di non avere “il senso materno”. Pur continuando a mettere in discussione il modello della donna-madre poi Alicia non l'ha negato. La sua storia, mostrando come le articolazioni delle faccende della vita siano meno opache e nette delle idee e delle rappresentazioni che di esse abbiamo e restituiamo, fa riflettere su come possano esistere, all'interno del percorso biografico di ognuno, elementi che sfuggono al disciplinamento della razionalità e dell'emotività.

10.2 Le vite delle donne, dentro e fuori dai movimenti Pro-Life

10.2.1 Le relazioni all'interno della casa di accoglienza

Non so quante siano le donne che ho conosciuto e ho visto vivere dentro lo spazio chiuso della casa di accoglienza, molte. Con alcune ho avuto modo di passare molto tempo, fare chiacchierate, registrare lunghe interviste. Mi hanno raccontato le loro esperienze e mi hanno parlato della loro vita. Hanno condiviso con me: desideri, difficoltà, speranze, gioie e dolori.

L'età e le condizioni sociali, economiche, educative, familiari, sentimentali e di provenienza, variano ma alcuni elementi accomunano i percorsi biografici di queste donne. La ragazza, una

bambina in verità, più giovane che ho incontrato dentro la casa ha dieci anni, si chiama Sara e la sua gravidanza è stata la conseguenza di un abuso sessuale subito, molto probabilmente, all'interno del nucleo familiare. La donna più adulta, invece, si chiama Flor e ha trentotto anni. È arrivata presso la struttura di accoglienza direttamente dal Chiapas insieme a due dei suoi quattro figli: una bambina di sette anni ed un bambino di tre anni. È incinta del quinto figlio. È probabilmente la donna con cui ho avuto meno scambi comunicativi tra tutte quelle conosciute nei mesi della ricerca, rifuggiva in maniera sistematica e sgarbata qualsiasi contatto con me: di lei non conosco quasi niente.

Le ragazze più giovani, minorenni, che invece ho avuto modo di conoscere meglio sono diverse: Diana ed Elisa hanno 17 anni; Indi ha 16 anni; Shirley e Lupita hanno 15 anni e poi Maria che ha già una bambina e ha appena compiuto 14 anni.

Maria la conosco dopo il parto, resterà nella casa per qualche settimana e poi tornerà a vivere con suo padre, l'unica persona che può aiutarla nel portare avanti questa maternità. È arrivata qui perché a scuola si erano resi conti della sua gravidanza, lei temeva di essere incinta o comunque che ci fosse qualcosa che non andava, ma non ne era sicura. Non sapeva bene neanche che cosa fosse un test di gravidanza, mi dice. Il direttore della scuola aveva avvertito il padre e poi si era occupato di trovare un posto in cui potessero aiutarla in qualche modo. Maria ha lasciato la scuola, si è trasferita a vivere nella casa, adesso è mamma di una bambina. Il padre della bambina ha 17 anni e sa che Maria è rimasta incinta ma i genitori di lui non si sono voluti prendere la responsabilità di aiutarla in nessun modo. L'unica cosa che continua a ripetermi ogni volta che parlo con lei è che è molto bello essere mamma, è molto felice e che vivrà felice insieme a sua figlia. Lo ripete in continuazione e forse non si preoccupa di altro.

Forse per le ragazze più giovani che non sanno bene che cosa sia essere madri la permanenza all'interno della casa è un'esperienza più faticosa, sia perché devono abituarsi a ricoprire un ruolo diverso sia perché sono lontane dagli affetti della famiglia. La loro vita cambia in maniera drastica, spesso infatti se andavano a scuola devono lasciarla e devono lasciare le proprie amicizie e le proprie abitudini di vita da ragazzine adolescenti che iniziano a scoprire il mondo.

Un giorno mentre siamo in cucina a chiacchierare, inizio a rendermi conto di come si articolano le relazioni tra le donne, la sensazione è quella che ci sia sempre una leggera rivalità, una gara per le attenzioni e per maggiori benefici, soprattutto da parte di alcune delle ragazze più giovani che proprio in virtù dell'età vorrebbero in qualche modo assumere un ruolo di "preferenza" nei confronti della direttrice della casa e delle "mamà". Effettivamente,

sono loro che ricevono sempre uno sguardo di riguardo proprio perché la loro maternità presenta maggiori difficoltà e criticità.

Si cristallizza questa modalità di relazione nell'atteggiamento di una ragazza, Janet, che ha sedici anni e da poco è entrata nella casa. Mentre si chiacchiera dice: "Non appena Indi avrà partorito e sarà andata via diventerò io la preferita di tutti. Tanto le altre saranno tutte più grandi di me e resterò da sola!"²⁹⁹. La maggior parte delle donne presenti in quel momento nella casa sono tutte arrivate alla fine della loro gravidanza, partoriranno e andranno via.

Indi, ha 16 anni, è ancora piccola nel suo modo di rapportarsi con il mondo. È cresciuta troppo in fretta ed è stata costretta ad entrare in questa casa e a prendersi la responsabilità della maternità quando ancora giocava con le bambole, mi dice un giorno. La decisione è stata della madre più che sua. È entrata nella casa appena sua madre ha scoperto che era incinta, all'inizio del secondo mese di gravidanza. È stata sua madre a decidere di portarla qui per fare in modo che fosse l'associazione a farsi carico di tutte le spese e di tutte le cure necessarie. La madre di Indi lavora come domestica in una casa al nord di Mérida. Ogni tanto, nel fine settimana, la viene a trovare.

Tutte le decisioni sono prese dalla madre di Indi, è lei che ha la tutela legale della ragazza. La relazione sessuale che ha portato alla gravidanza era un po' un gioco, una sperimentazione del corpo e dei sentimenti, come dice Indi. Sua madre non vuole che lei abbia nessun rapporto con il padre del bambino, l'ha ingannata: è un uomo del paese di origine, molto più adulto della ragazza, già sposato. Indi non sapeva che quello che pensava essere il suo fidanzato era in realtà già sposato con figli. La madre non vuole che quest'uomo sia il compagno della figlia ma vuole che si prenda la responsabilità del bambino e che si occupi di mantenerlo da un punto di vista economico.

Indi avrebbe abortito se glielo avessero permesso. Sua madre ha deciso che doveva tenere il bambino e che loro due, insieme, se ne prenderanno cura. Visto il totale disinteresse del padre del bambino, sarà sua madre a prendersi la responsabilità economica e materiale della crescita del bambino.

Indi è simpatica, ha un'intelligenza acuta e veloce. È forse l'unica delle donne che ho conosciuto nella casa a non avere quel senso di malizia, di rivalsa e di competizione. È anche molto diretta e tagliente quando deve dire quello che pensa, quando ti conosce e ha confidenza. È introversa e timida, non da molta confidenza all'inizio, ci mette un po', poi si esprime con tutta la sua forza. Ha le spalle sempre ricurve su se stessa e un atteggiamento di

²⁹⁹ "Cuando Indi va a dar a la luz me vuelvo la consetida de la casa, las demás serán todas mayores que yo y me quedaré sola" [appunti del diario di campo maggio 2013].

chi ha su di sé grandi responsabilità e in qualche modo, non potendo fare altro, ha abdicato di fronte alla decisione degli altri, più grandi di lei. Mancano un paio di settimane al parto.

Janet si lamenta perché dice che presto le altre donne andranno via, lei è ancora al secondo mese di gravidanza, prima di partorire dovrà fare amicizia con le altre che arriveranno. È una ragazzina molto giovane ma anche molto decisa nell'ottenere quello che vuole, essere quella più ben voluta tra tutte. Forse proprio per questo ha una tendenza a parlare delle altre ragazze, a notare tutto quello che fanno non rispettando le regole e riferendo spesso queste mancanze alla direttrice. La strategia è quella di mettere in cattiva luce le altre per essere "la migliore".

Nella gestione dei lavori domestici, ripartiti tra tutte secondo orari e turni, non c'è condivisione o aiuto reciproco. Ognuna cerca di fare sempre il minimo indispensabile mettendo in difficoltà quelle ragazze che invece sono più volenterose.

Queste donne non hanno uno spazio riservato per se stesse, sono molto gelose e molto attaccate a quelle poche forme di autonomia e di privacy che possono avere. C'è quindi un leggero atteggiamento di competizione, di gelosia e di mantenimento del proprio spazio, seppure i presupposti su cui si fonda l'ideologia della casa, almeno da un punto di vista teorico, siano diversi: le ragazze dovrebbero imparare a vivere tra loro in maniera armonica, condividendo esperienze, beni materiali ed emozioni. Almeno secondo le intenzioni di coloro che hanno fondato l'associazione, dalla condivisione dovrebbe passare la conoscenza ed il sostegno reciproco.

La mia impressione è che, invece, non sempre conoscano le storie e le situazioni di vita reciproche. La condivisione è una scelta personale. Tra loro a volte non c'è fiducia, si spiano e quelle che vogliono fare "bella figura" riferiscono alla direttrice le mancanze delle altre. Generalmente questi atteggiamenti sono legati alla possibilità di avere accesso a un'assistenza migliore o ad un maggiore sostegno da parte dell'associazione, in realtà vengono trattate tutte allo stesso modo e non esistono discriminazioni da questo punto di vista. Le ragazze però che dimostrano di essere più tranquille e di rispettare le regole imposte possono godere di una maggiore libertà o di benefit per quanto riguarda la possibilità di uscire o ricevere visite.

All'interno della casa, così come in qualsiasi altro contesto, alcuni rapporti sono migliori di altri. Non sono semplici la convivenza e la condivisione in ogni momento della vita quotidiana. Non si possono portare molti beni personali nella casa, se non quelli strettamente necessari. La maggior parte delle cose che si utilizzano e di cui si ha bisogno sono fornite dall'associazione ed utilizzate in condivisione da tutte le ospiti.

Si condividono i vestiti, le stanze per dormire, i bagni, gli spazi per lo svago, i lavori e le responsabilità di mantenimento e gestione della casa. La condivisione è uno dei presupposti

su cui si fonda l'ideologia dell'associazione. La condivisione dei beni materiali è utile per non creare il senso di proprietà e di possesso nelle ragazze che vivono nella casa. Si tratta di uno spazio di accoglienza per chiunque ne abbia bisogno, è una casa di tutti e nessuno deve sentirsi in grado di acquisire maggiore potere rispetto alle altre.

Alcune delle donne sono più accondiscendenti e disponibili nella gestione dello spazio e dei beni comuni, altre vivono una sorta di competizione per le risorse presenti e disponibili.

La discordia e le relazioni contrastanti si giocano sulle pulizie, sui turni delle diverse attività di gestione della casa, sulle rotazioni nell'utilizzo delle diverse stanze da letto e anche sul piano della partecipazione alla vita religiosa. Sicuramente le donne che sono presenti da più tempo nella casa presentano un maggior grado di "fede", nel tempo l'influenza dell'ideologia cattolica dell'associazione si è sedimentata. È vero anche che però partecipare attivamente alla vita religiosa significa rispondere a pieno alle aspettative di chi gestisce la casa.

Nel corso della mia frequentazione dello spazio di VIFAC, il sostegno e l'aiuto reciproco mi sono spesso sembrati atteggiamenti indotti: la condivisione è obbligata. La gelosia e la competizione si declinano in diversi e specifici atteggiamenti: i furti, i pettegolezzi, rifiuto di aiuto nella gestione pratica della casa, intensificazione dei difetti e dei punti deboli delle altre. Spesso non c'è la conoscenza reciproca delle proprie storie, molte di loro tendono a mantenere un livello alto di discrezionalità sulla propria condizione esistenziale al di fuori della casa, altre invece parlano più facilmente della propria vita.

Uno degli elementi che incide fortemente sul modo in cui le donne costruiscono le proprie relazioni affettive, di amicizia, di incontro o scontro, all'interno della casa è il tempo di permanenza nella struttura. Chi è consapevole di dover passare tutta la durata della gravidanza all'interno della casa tende a costruire rapporti più distesi, più intimi e duraturi, le persone che hanno vicino sono le uniche con cui potranno avere rapporti umani per almeno nove mesi.

La casa di VIFAC per tutte rappresenta una soluzione temporanea ai problemi materiali ed economici di gestione della gravidanza ma è soprattutto uno spazio chiuso, protetto, in cui si ha la possibilità di non pensare ai problemi della vita, in cui si può essere tranquille ed avere il tempo di pensare a se stesse. Uno spazio lontano delle recriminazioni di genitori che non accettano la gravidanza della figlia o dai problemi emotivi e materiali scaturiti dal rifiuto di essere presente di un uomo. Un posto in cui stare da sola, pensare e cercare di capire che cosa si vuole per sé stesse e per la propria prole.

10.2.2 Esperienze passate, rappresentazioni presenti e piani futuri di vita

La maggior parte delle donne arriva a conoscere l'associazione tramite internet, la televisione, le pubblicità che si trovano appese per strada o tramite amiche che conoscono già questo gruppo. Si cerca di pubblicizzare l'associazione il più possibile, alcune donne l'hanno conosciuta grazie al lavoro di una volontaria che si occupa di andare negli ospedali e parlare con le donne incinte. Spesso l'ho incontrata anche io negli ospedali mentre consegnava dépliant informativi alle pazienti.

Uno dei modi attraverso cui nell'ultimo anno l'associazione sta cercando di aumentare sempre più la propria visibilità a livello statale è attraverso la formazione di un gruppo che si occupa di impartire corsi di educazione sessuale, in maniera gratuita, nelle scuole di tutto lo stato, nelle primarie, secondarie, istituti superiori e anche a livello universitario. Come mi spiega la direttrice: "l'ideologia che presenta VIFAC è quella dell'educazione sessuale in cui non si dice che bisogna utilizzare un metodo contraccettivo piuttosto che un altro. Si spiegano le diverse opzioni e come funzionano e quali sono i rischi, si spiega che cos'è una gravidanza e che cosa succede a livello biologico. Uno dei punti centrali che si cerca di portare avanti è l'ideologia dei rapporti sessuali solo all'interno di una coppia stabile e dell'astinenza come miglior metodo contraccettivo perché è l'unico sicuro al 100%"³⁰⁰.

VIFAC è contraria alla gestione delle politiche statali circa la contraccezione e la sessualità, soprattutto per le campagne relative l'utilizzo dei preservativi: "vai in qualsiasi posto e ti regalano preservativi però non ti educano, ti spingono alla promiscuità. Il tipo di educazione sessuale che viene fatta a livello statale è molto superficiale non ti spiegano niente, di dicono che devi proteggerti ma non ti spingono ad essere responsabile e cosciente di quello che stai facendo, nessuno parla dell'inclinazione a costruire una famiglia, ad essere genitori. E poi restano incinte, le donne più adulte e soprattutto le ragazzine perché la natura ti chiede pegno se non c'è un ordine. Quando c'è una sessualità disordinata, la natura chiede un pegno e te lo fa pagare, e allora ci sono le gravidanze non desiderate e le malattie a trasmissione sessuale. Per fortuna che c'è VIFAC allora!"³⁰¹.

³⁰⁰ "La ideología de VIFAC es la educación sexual en la que no se dice que hay que utilizar un método en lugar de otro. Te explicamos las opciones, los riesgos, los efectos, que es un embarazo y que pasa en tu cuerpo cuando estas embarazada, que pasa a nivel biológico. Lo que haces es llevar la ideología solo con tu pareja y la abstinencia es la mejor manera porque es segura al 100%" [Intervista 6/09/12].

³⁰¹ "En cualquier lugar vas y te regalan condones, pero no te explican nada. La educación sexual que lleva el estado es muy superficial, no te explican nada, solo te dicen de cuidarte con condón. Use condón y luego se promiscuo. No te hablan de la inclinación a hacer familia, a ser responsable. Es todo un desorden y las mujeres se quedan embarazadas y luego hay muchos problemas y por esto hay VIFAC" [Intervista 06/09/12].

Gran parte delle donne entrano in contatto con l'associazione intorno al secondo o terzo mese di gravidanza, alcune si fermano a vivere nella casa, altre la frequentano come esterne a seconda delle esigenze. La maggior parte delle donne che ho incontrato sono nate e hanno vissuto a Mérida, soprattutto nei quartieri a sud della città, quelli più poveri, ad alto tasso di emarginazione sociale, criminalità e violenza. Molte si sono trasferite a Mérida da altri stati o da centri più piccoli alla ricerca di migliori possibilità di vita, di un lavoro e spesso perché avevano esigenza di lasciare il nucleo familiare di origine a causa di complesse e difficili relazioni familiari e soprattutto casi di violenza domestica, alcolismo e abusi sessuali.

Tutte si rivolgono a VIFAC perché sono in difficoltà. La prima e più pesante necessità che le spinge verso questa decisione è legata alla mancanza di un lavoro e dunque alle possibilità materiali di occuparsi della gravidanza. Anche quelle che hanno studiato, avevano un lavoro e che in tutta la loro hanno sempre lavorato e sono state in grado di mantenersi da sole, con la gravidanza si trovano disoccupate. L'impossibilità di essere autonome economicamente e materialmente aggiunta all'assenza del sostegno da parte dell'altro membro della coppia o di un nucleo familiare comporta che queste donne siano completamente sole, senza soldi, spesso senza una casa, in un momento già di per sé difficile come può essere quello di una gravidanza indesiderata o non pianificata.

Claudia per esempio ha ventisei anni, è di Tulum³⁰², ha già due figli avuti dal suo ex marito con cui ha un ottimo rapporto e con cui forse spera di poter tornare. Le due gravidanze precedenti sono state molto belle, il padre era presente, non avevano problemi economici, erano una famiglia felice, ma questa gravidanza è diversa: la persona con cui è rimasta incinta non vuole prendersi la responsabilità di questo figlio. Claudia non vuole avere nessun rapporto con quest'uomo, era un'avventura, non prova sentimenti per lui, ma vorrebbe che almeno ci fosse un sostegno dal punto di vista economico e materiale, un interesse. Lei non ha grossi problemi ma senza un lavoro non può occuparsi dei suoi figli e gestire in maniera sana una gravidanza. La prima figlia ha sei anni ed è rimasta a casa con la nonna, deve andare a scuola ed è stato meglio lasciarla lì. Il maschio ha quattro anni e vive anche lui nella casa di accoglienza.

Claudia ha studiato e ha sempre avuto dei lavoro buoni: lavorava nel comune di Tulum fino a quando non si è trasferita a Città del Messico con il suo ex marito. Poi la relazione è finita e lei è tornata a vivere a casa sua insieme ai bambini, aveva trovato un altro lavoro nell'area amministrativa di un grande supermercato. Guadagnava bene ma per contratto prima di iniziare aveva dovuto firmare una lettera di dimissioni da utilizzare nel caso in cui fosse

³⁰² Tulum è una piccola cittadina che si trova nello stato di Quintana Roo. È distante circa quattro ore di autobus da Mérida. È uno dei centri turistici più belli e più importanti della zona del caribe messicano.

rimasta incinta. Con la gravidanza è stata licenziata. Mi dice: “Anche se ti vogliono dare il lavoro non lo fanno, se sei incinta nessuno ti dà un lavoro, è troppo rischioso per loro. Meglio far lavorare qualcuna che non ha nessun problema. Fino a quando non si vede la pancia riesci a volte a lavorare, però in tutti i lavori ti chiedono il certificato medico in cui si dice che non sei incinta. Se lavori hai anche un’assicurazione medica che ti copre tutte le spese per la gravidanza, ti pagano anche il parto, per esempio. Ma se non lavori no, solo il *Seguro Popular* puoi usare. Ma le visite? Le medicine? E gli altri figli e le spese della casa e le tue spese? Se sei da sola non ce la fai”³⁰³.

La situazione di Claudia è meno difficile rispetto a quella di molte altre donne, il padre dei figli l’aiuta in tutte le spese per loro, sua madre la aiuta con la gestione dei bambini e con la casa ma lei non vuole pesare sugli altri e ha preferito prendersi un po’ di tempo per stare tranquilla e capire che cosa fare con il prossimo figlio. Sta pensando all’adozione.

Ana, come Claudia è una delle donne più grandi che conosco dentro la casa, lei ha trentatré anni e si trova al settimo mese della sua terza gravidanza. Ha un figlio di dodici anni e uno di tre anni, avuti da uomini diversi. Il terzo figlio avrà un altro padre, il suo attuale compagno. Ana si è rivolta a VIFAC perché le sue condizioni economiche sono molto difficili, mi racconta di essere una donna che ha sempre lavorato, ha anche studiato e alcuni dei suoi lavori erano molto buoni ma l’ultimo l’ha dovuto lasciare a causa delle molestie sessuali di cui era vittima quotidianamente da parte del suo datore di lavoro. L’ha denunciato ma purtroppo essendo lui in una posizione dirigenziale lei è stata licenziata e per lui non ci sono state conseguenze. Ana lavorava nell’area amministrativa di uno dei più grandi supermercati della città.

Mi racconta di aver finito le scuole superiori e di aver iniziato anche l’università ma quando sua madre è morta ha dovuto lasciare gli studi e iniziare a lavorare. In quel momento era da poco sposata con il suo primo marito, alla morte della madre aveva ricevuto una buona eredità che se non fosse stata controllata interamente dal marito avrebbe potuto permetterle di avere una vita agita, senza troppi problemi. Il primo figlio è nato all’interno del matrimonio, da molti anni non ha più nessun rapporto con lui perché è rimasto con il padre, il marito ha tenuto anche la casa che le era lasciata in eredità da sua madre. Mi racconta che per anni è stata vittima di violenze e di abusi da parte di quest’uomo che apparentemente sembra una

³⁰³ “Por mucho que te quieran a contractar no lo hacen, es responsabilidad de ellos no queiren correr este riesgo. Mientras que no se note puedes entrar pero cuando te salga la panza. Pero te piden certificado de no embarazo en los trabajos. Te lo piden. El Seguro si, la verdad funciona mucho. Te ayuda mucho. Yo con el que se me enferma demasiado, lo aceptan en todo lado, no cobran nada, ni la hospitalizacion ni los medicamentos. Si estas sola no puedes, porque los medicamentos, tienes que controlarte y luego el gasto del los otros hijos” [Entrevista 28/09/13].

persona normalissima ed è molto rispettata, è direttore di una scuola di Mérida. “Da circa sette anni me ne sono andata da casa quando ormai non ne potevo più. Mi maltrattava, mi ha bruciato con un chiodo rovente, mi prendeva a calci, mi lanciava coltelli, una volta mi ha bruciato tutti i vestiti. Mi picchiava davanti a mio figlio, tutti i giorni. L’ho denunciato molte volte, poi ho chiesto il divorzio ma lui non voleva andarsene. Io non riuscivo più a dormire perché avevo paura che mi uccidesse nel sonno, dormivo sul pavimento, avevo perso venti chili. Quando non ho più resistito ho lasciato tutto, me ne sono andata a vivere in un altro posto e ho iniziato a lavorare nel supermercato, in quel momento mi sono rimessa in piedi”³⁰⁴. Ha lavorato in un supermercato per cinque anni. Dopo i primi due anni di lavoro ha conosciuto il padre del suo secondo figlio, era un suo collega. La relazione non è durata, ora si vedono ogni tanto quando lui le lascia dei soldi, pochi. Hanno un rapporto normale. Lei pensa che lui dovrebbe occuparsi di più del figlio che vede raramente. È informato su come sta ma niente di più. Il bambino ha quasi tre anni adesso.

Quando ha perso il lavoro nel supermercato si è ritrovata con un bambino piccolo, senza uno stipendio, si è trasferita a vivere a Kanasin, nel sud della città, la zona più povera. Ha trovato lavori saltuari e poi ha conosciuto il suo attuale compagno. Vivono insieme ma lui è alcolizzato, lavora poco, la maggior parte dei suoi guadagni sono spesi nell’alcool, non è neanche in grado di aiutarla con il bambino piccolo. Mi dice che aveva trovato lavoro in un altro supermercato ma non avendo ancora i soldi per poter pagare qualcuno che si occupasse del bambino lo aveva lasciato al compagno. Un giorno quando è tornata a casa, lui era completamente ubriaco e aveva perso il bambino. Si era resa conta che non poteva fare affidamento su di lui e in quelle condizioni era stata costretta a lasciare anche questo lavoro.

È rimasta incinta. Mi dice che a casa non hanno né luce né gas, non possono pagare le bollette. Lei si è trasferita a vivere nella casa di VIFAC ma non riesce a stare tutto il tempo chiusa dentro e ha deciso di frequentare l’associazione come esterna, la sera torna a dormire a casa. Per coprire le spese sta vendendo tutto quello che possiedono. Mi dice che però il compagno ha smesso di bere da qualche tempo e ha trovato un lavoro, non è convinta che sia una situazione duratura ma spera che funzioni.

È molto preoccupata perché la sua gravidanza è rischiosa, ha un’ernia e un coagulo di sangue che diventa sempre più grande con l’avanzare della gravidanza proprio attaccato alla parete dell’utero. Quando partorirà le faranno un’isterectomia e poi la opereranno anche all’ernia. Mi

³⁰⁴ “Yo me he ido de la casa cuando ya no podía mas. Maltrato desde hace anos, me quemó con un clavo, me tomaba a patadas. Lo denuncié varias veces pero nunca pasaba nada. Si lo denuncié. Me tiraba el cuchillo, le dije que no se podía ir a mi casa, no le importaba, me quemó toda mi ropa. Pedí el divorcio. Me quede sin nada. Dormía en el suelo había bajado mucho de peso. Me fui a vivir a umán y trabajar en wallmart y fue cuando empecé a levantarme” [Entrevista 27/11/12].

dice che vuole trovare un lavoro almeno in questi mesi, è preoccupata perché se lei sarà ricoverata in ospedale non si fida di lasciare il bambino piccolo al compagno e deve avere i soldi per poter pagare qualcuno che se ne faccia carico. Mi dice che cerca sempre qualche lavoretto, fa' sempre qualcosa per avere un po' di soldi, per esempio si occupa di sua nonna e suo zio la paga 100 pesos ogni volta. Non ha mai pensato di dare questo bambino in adozione anche se le difficoltà sono tante, ma sa che quando starà meglio potrà trovare un altro lavoro.

Anche Serena, Laura ed Elena non hanno mai pensato di dare il bambino in adozione, hanno delle storie di vita non semplici ma vogliono tenere con sé i propri figli. Tutte e tre hanno sempre lavorato e, con maggiori o minori difficoltà, sono sempre state autonome economicamente. Tutte e tre non sono di Mérida e hanno lasciato la propria casa per avere una possibilità di vita migliore. Anche loro quando sono rimaste incinte hanno perso il lavoro e si sono ritrovate senza casa. Elena però, a differenza delle altre, può contare sul sostegno del proprio compagno, con cui dopo aver partorito andrà a vivere e con cui sta pensando di sposarsi.

Quando conosco Elena è una donna felice, ha deciso di trasferirsi nella casa perché ha perso il lavoro quando è rimasta incinta, il suo compagno è poliziotto ma vive e lavora a Valladolid³⁰⁵ dove si trasferirà anche lei ma, per adesso, gli sta lasciando il tempo di organizzare una casa per tutti e tre. Lei nella casa di VIFAC sta molto bene: è la seconda gravidanza che trascorre qui dentro.

Elena ha ventitré anni, ha partorito una bambina, è stata la sua terza gravidanza. Elena viene dallo stato di Tabasco ma vive a Mérida da sei anni. Si è trasferita per lavoro per seguire una signora a cui ha fatto da badante per molti anni. Prima di lasciare la sua casa, ha avuto una figlia che oggi ha sei anni e vive con sua madre, l'ha lasciata lì perché è stata cresciuta da sua madre ed è abituata a stare con lei. La vede solamente due volte all'anno: "Sua madre è mia madre, ormai!", mi dice. È rimasta incinta la prima volta quando aveva sedici anni, andava ancora a scuola. Non ha finito le scuole superiori e, dopo aver partorito, ha iniziato a lavorare per occuparsi della crescita della bambina. Aveva una relazione con un uomo più grande di lei, sposato e con due figli. Quest'uomo ogni tanto andava a trovare lei e la bambina a casa di sua madre, le aiutava economicamente, ma continuava ad avere due famiglie e ad essere sposato con sua moglie. A lei non piaceva quella relazione e quando ha avuto la possibilità di andare via per motivi di lavoro l'ha fatto, lasciando sua figlia insieme a sua madre.

Circa tre anni dopo essersi trasferita a Mérida, mentre continuava a lavorare come badante per la stessa signora, è rimasta incinta, la seconda volta. Per otto mesi è uscita con un ragazzo del

³⁰⁵ Valladolid è il secondo centro urbano per grandezza e importanza economica, dopo Cancun, dello stato di Quintana Roo.

Chiapas che aveva conosciuto nella piazza principale del centro della città. Dopo un mese che si erano lasciati ha scoperto di essere incinta, quando è andata a cercarlo per comunicarglielo non l'ha trovato. L'uomo aveva lasciato la casa in affitto in cui viveva e lei non aveva nessun modo per rintracciarlo: quell'uomo non ha mai saputo di quella gravidanza. "Dico che è stata un'avventura, non ho misurato le circostanze e le mie azioni ed è stato tutto controproducente"³⁰⁶. La signora per cui lavorava in quel momento l'aveva cacciata dopo aver scoperto la gravidanza: non aveva più né lavoro né casa. Elena non voleva dire niente a sua madre perché sapeva che avrebbe reagito male e non poteva "riempirle casa di bambini". Si è rivolta a VIFAC, si è trasferita nella casa, il secondo figlio ha deciso di darlo in adozione. Era da sola, non aveva un lavoro, non aveva una casa e non poteva garantire un futuro a quel bambino, né poteva chiedere a sua madre di occuparsi anche del suo secondo figlio. Oggi spera che quel bambino sia felice e abbia una buona famiglia, non si è pentita della sua decisione sapeva sin dall'inizio che non avrebbe potuto tenerlo. Mi dice: "Dall'inizio lo sapevo con chiarezza, non lo volevo con me, ho passato il mio momento di dolore, nella mia mente era chiaro che non poteva stare con me quel bambino. Ci penso, quando mi chiedono dei miei figli ci penso ma non mi pento, non dico mai che avrei potuto tenerlo con me, mai. Voglio che sia felice e credo che stia bene"³⁰⁷.

Dopo averlo dato in adozione, ha trovato lavoro come domestica e badante per la madre di una delle volontarie di VIFAC. Oggi quella volontaria non frequenta più la casa, ma in quel momento si era molto affezionata a lei e le aveva offerto il lavoro. Ha lavorato e ha vissuto in casa di questa signora per due anni, poi però l'hanno licenziata. È riuscita subito dopo a trovare lavoro in un negozio di una grande catena, guadagnava bene, aveva affittato una casa sua nel centro ma lavorava molte ore al giorno. Ha continuato a lavorare fino a quando la sua ultima gravidanza l'ha permesso.

Dopo aver lasciato il lavoro mi ha detto che è andata a vivere per un po' a casa di sua suocera ma non si sentiva molto a suo agio e ha preferito passare l'ultimo mese della gravidanza dentro la casa di VIFAC anche se il suo compagno non era d'accordo con questa decisione. Ormai ha partorito, tra due giorni lui la verrà a prendere e si trasferiranno in una casa loro. Mi dice: "Sono felice, forse mi sposerò presto perché lui mi ha chiesto di sposarci. Ma a me piace lavorare, mi piace avere i miei soldi, poter essere anche autonoma, gli e l'ho detto dall'inizio

³⁰⁶ "Segun yo digo que ha sido una aventura pero no he medido las circunstancias y las consecuencias y todo ha sido muy controproducente" [Intervista 21/09/13].

³⁰⁷ "Desde un principio lo tenía muy claro, no lo quería conmigo, he pasado mi momento de dolor, en mi cabeza estaba todo muy claro, no me podía quedar con el niño. Pienso en él, cuando me preguntan de mis hijos pienso en él, pero no me arrepiento, nunca pienso que me lo hubiera podido quedar. Quiero que sea feliz" [Intervista 21/09/13].

al mio fidanzato. Io voglio lavorare e lui me lo deve lasciare fare. Tra qualche mese voglio cercare un lavoro part-time per avere anche il tempo di prendermi cura di mio figlio perché non voglio che succeda con lui la stessa cosa che è successa con la mia prima figlia che non mi conosce come madre. Voglio che con questo figlio sia diverso e il mio compagno dice anche che devo continuare a studiare e finire le scuole superiori, dice che lui mi appoggia”³⁰⁸. Anche Laura si è trasferita a Mérida per lavoro dove vive da un paio di anni. Ha ventiquattro anni e questa è la sua prima gravidanza. Laura non ha avuto una vita semplice, non ha una vera famiglia alle spalle. Sua madre l’ha abbandonata da piccola a casa di sua zia ma lei non è mai stata realmente accettata dalla famiglia. Quando ha potuto è andata via di casa. A diciassette anni si è trasferita a Cancún dove abitava insieme al suo fidanzato e dove lavorava come cameriera, poi si sono lasciati nonostante lei fosse molto innamorata. A quel punto ha deciso di trasferirsi a Mérida dove aveva un’amica che avrebbe potuto aiutarla. Ha cambiato molti lavori, tutti mal retribuiti e molto faticosi. Per molto è stata domestica in una casa di gente ricca del nord della città, guadagnava bene, aveva una stanza per lei e tutte le spese del vitto pagate ma, ad un certo punto i suoi datori di lavoro hanno iniziato a non volere che uscisse neanche nel suo giorno libero. Ha deciso di lasciare quel posto: ha perso lavoro e casa. A fatto lavori saltuari, fino a quando ha trovato un posto fisso in una lavanderia, il proprietario la pagava bene e le aveva anche dato la possibilità di vivere a casa sua ma quando è rimasta incinta non ha potuto più lavorare lì a causa delle sostanze chimiche con cui era a contatto quotidianamente, troppo nocive per la gravidanza. Mi dice che ha sempre sperato di poter trovare un lavoro migliore di quelli che ha fatto: ha studiato, ha finito le scuole superiori potrebbe lavorare come segretaria o qualcosa di simile ma non ha mai avuto questa possibilità.

L’uomo con cui aveva una relazione da un anno circa, all’inizio le aveva detto che l’avrebbe aiutata con la gravidanza e il bambino, le dava i soldi per pagare l’affitto di una stanza e per vivere. Poi, però ha smesso di aiutarla, ogni tanto continua a mandarle qualche soldo, troppo pochi per vivere. Le manda ogni tanto 150 o 200 *pesos*, equivalenti a circa 12 euro. Dopo essere rimasta incinta, non avendo una casa, una relazione stabile e le possibilità economiche per garantire un futuro ad un figlio avrebbe voluto abortire ma il suo compagno le ha impedito di farlo, minacciando di denunciarla se avesse “ucciso” suo figlio. Le aveva

³⁰⁸ “Ahora soy feliz, a lo mejor me caso, me lo ha pedido. Me gusta trabajar, me gusta tener mi dinero, ser autónoma y se lo dije a mi novio. Quiero trabajar y el me tiene que dejar hacerlo. Después de un tiempo que haya nacido el bebé quiero buscar un trabajo de medio tiempo para tener mas tiempo y quedarme con mi hijo porque esta vez no quiero que pase lo mismo que con mis otra hija que ni me conoce como madre. Quiero que sea diferente y mi pareja dice que tengo que seguir estudiando que el me va a apoyar” [Intervista 21/09/13].

promesso il suo sostegno ma poi non aveva mantenuto la parola, Laura trovandosi da sola e in grosse difficoltà, economiche ed emotive, si è rivolta a VIFAC. In questo momento frequenta l'associazione da esterna, presto forse si trasferirà a vivere nella casa. Per il momento vive in casa con un signore anziano con cui è diventata amica e lui le permette di dormire a casa sua senza pagare un affitto. Dorme su un materasso, è vecchio e sporco mi dice ma non ha altre possibilità. Ha deciso di restare fuori dalla casa per avere la possibilità di andare a prendere i soldi quando le arrivano dall'ex compagno, se si trasferisse nella casa non potrebbe uscire liberamente. Si tratta di pochi soldi ma, non dovendo spendere niente perché il cibo e le visite vengono coperte da VIFAC, può metterli da parte per utilizzarli quando sarà nato il bambino. Laura porterà a termine la gravidanza, non ha nessuna intenzione di dare in adozione il proprio figlio: lei è stata abbandonata da sua madre e questo ha inciso in maniera fortemente negativa su tutto il suo percorso di vita, non vuole che a suo figlio succeda la stessa cosa. Dopo aver partorito ha deciso di tornare in Chiapas, Mérida non le piace e non vuole viverci. Lì, ancora una volta troverà un lavoro e una casa. Sa che probabilmente si dovrà accontentare di lavoro mal retribuiti e faticosi ma cercherà un modo per garantire un futuro dignitoso a sé stessa e a suo figlio. Mi dice: “La mia vita non è stata rosa come la tua, magari avessi la libertà di fare quello che fai tu, le tue possibilità. Ma troverò una soluzione, anche se spesso mi deprimi e sono molto fragile emotivamente. Porterò avanti mio figlio”³⁰⁹.

Anche Serena, come Laura, si è spostata più volte per il lavoro. Serena ha ventisette ed è al settimo mese di gravidanza, vive da circa un mese nella casa. È nata e cresciuta a Valladolid, poi a diciassette anni si è trasferita a Cancun per lavorare come domestica per una famiglia. Ha vissuto con loro per quattro anni a Cancun, poi si sono trasferiti a Mérida e lei li ha seguiti, da tre anni vive a Mérida continuando a lavorare per la stessa famiglia. Mi dice che ormai è come se fosse la sua famiglia, ha cresciuto i loro figli, si è sempre occupata di tutte le loro questioni domestiche e loro le hanno permesso di continuare a lavorare fino a quando ha voluto. Ha deciso di lasciare il lavoro al sesto mese di gravidanza perché era diventato troppo pesante fisicamente. Le hanno detto che dopo aver partorito può tornare a lavorare lì, può portare con sé anche il bambino. Lei lavora da sempre ed è abituata a farlo. Ha deciso che porterà avanti la gravidanza e tornerà a vivere a Valladolid per avere l'aiuto di sua madre con il bambino. Troverà un altro lavoro e una casa per lei e il figlio.

Serena si è rivolta a VIFAC non tanto perché si trovasse in difficoltà da un punto di vista economico quanto piuttosto emotivo. La sua famiglia non ha accettato di buon grado la sua gravidanza ma la sostiene e potrà tornare a vivere a casa con sua madre, almeno per un

³⁰⁹ “Mi vida no ha sido rosita como la tuya pero bueno encontrar una solución, tengo que llevar adelante mi hijo” [Entrevista 01/08/13].

periodo. Non ha molti rapporti con suo padre, sua madre l'ha lasciato da circa quattro anni. Lui era una persona violenta, picchiava tutti dentro casa: "nella sua vita si è solo dedicato ad ubriacarsi, soltanto mia madre si è presa cura di noi, e noi da piccoli vedevamo sempre come la trattava e quanto la menasse"³¹⁰. Sarà la madre che la aiuterà anche questa volta.

Serena è felice di avere questo bambino perché ha sempre pensato che l'età giusta per avere un figlio sarebbe stata intorno ai ventisette anni. Per lei è il momento giusto per diventare madre, almeno da un punto di vista anagrafico. Avrebbe preferito avere un figlio con un compagno e che la gravidanza fosse il frutto di una relazione seria e stabile e invece è stata "imbrogliata". La storia emotiva e sentimentale di Serena sembra essere la trama di una telenovela.

Quando le chiedo del suo compagno mi dice: "Lui lavora come manovale, non è di Mérida ma in realtà lui ha un'altra famiglia e io non lo sapevo fino a quando non sono rimasta incinta. Io non lo sapevo, infatti me l'ha detto la moglie. Un giorno è venuta a cercarmi questa ragazza e mi ha detto che lui era il marito e hanno due figlie. Lui non mi aveva detto niente. Quando gli ho detto che ero incinta mi ha detto subito che il figlio non era suo, non poteva essere suo perché lui diceva di non poter avere figli. E poi la moglie mi ha detto che se volevo denunciarlo lei mi avrebbe appoggiato. Lei dice che è mia amica, mi telefona, vuole sapere come vanno le cose ma secondo me vuole solo sapere se lui è venuto a trovarmi e se ci siamo visti, io le dico tutto, le dico le cose per come sono ma lei ogni tanto mi dice delle bugie. Mi aveva detto che anche lei era incinta, quando ha scoperto che io ero incinta, ma non era vero. Non mi fido. [...] La mia famiglia si è arrabbiata molto quando ha scoperto queste cose. La cosa peggiore è che lui era venuto a Natale a conoscere la mia famiglia e poi lo avevo anche portato nella casa dove lavoro perché loro sono come la mia famiglia. Sembrava una persona onesta, io pensavo che queste cose succedono solamente nelle telenovelas e invece succedono anche nella vita, è un attore bravissimo"³¹¹.

³¹⁰ "En su vida solo se ha dedicado a tomar, solo mi madre se ha preocupado de cuidarlo. Desde niños siempre hemos visto como el la pegaba" [Intervista 28/09/13].

³¹¹ "Mi pareja esta trabajando pero tiene otra familia y yo no lo sabia antes de quedarme embarazada. Un año saliendo con él, luego me enteré que vive con otra chica y que tiene dos hijos, cuando yo le dije que estaba embarazada. De hecho yo me enteré porque la esposa me habló, me dijo que era su marido y no se que. Y entonces de hecho me vino a ver su esposa donde yo trabajaba y todo. Se ve una buena chica ella, quien dijo mentira es él. Ella lo supo y ella me lo dijo a mí, es mi marido me decía, viven juntos desde 7 años. Todo esto paso en abril, de que estaba embarazada, y ella me dice: si tú lo demandas yo te apoyo en todo, te apoyo en todo. Siempre me hablaba, me habla cada mes. De hecho yo lo lleve donde trabajo porque es como mi familia igual, porque he vivido tantos años con ellos, él me iba a visitar ahí y todo. De hecho para navidad fue a mi casa y conocí a toda mi familia, y esto fue lo peor. Esto fue lo peor, es que se ve como un chico de confianza y que casi no lo puedes creer que te dice mentiras pero resulta que no. Parecía una persona onesta pero en verdad es como una telenovela" [Intervista 28/09/13].

La loro relazione va avanti da un paio di anni, si vedono quando lei è libera e lui non lavora, spesso nel fine settimana lui torna al suo paese di origine. Come la maggior parte degli uomini che lavorano nel campo dell'edilizia, è un lavoratore che si trasferisce a Mérida durante la settimana e il venerdì quando finisce il turno torna a casa dalla famiglia. Serena mi dice che era una relazione che si stava costruendo con il tempo, lei è rimasta incinta perché non pensava di poter rimanere incinta. Hanno avuto rapporti sessuali solamente due volte in tutto il tempo della loro frequentazione. "La prima volta è stato per sperimentare perché io non ero mai stata con nessuno. La seconda è stata come che non so, io veramente non volevo, quella volta sì sono rimasta incinta. La prima volta volevo solo sperimentare che cosa si sentiva e la seconda è stata come a forza, come dicono. Però io dico che un bambino non ha la colpa e me lo tengo"³¹². Mi dice che la sua intenzione era quella di farle male perché infatti le aveva lasciato anche dei lividi tra le gambe. Lei era molto arrabbiata ma non gli aveva detto nulla, non lo aveva detto a nessuno. Non vuole più avere nessun rapporto con lui, non è innamorata, non lo era neanche prima e dopo il modo in cui si è comportato mi dice di non aver più nessun tipo di fiducia nei suoi confronti. "Io credo che volevo conoscerlo, non credo che ero innamorata, lo volevo conoscere, vedere se era un ragazzo buono e sperimentare la prima volta, solo quello volevo"³¹³.

Mi dice che i suoi problemi adesso sono legati maggiormente alla sfera emotiva e psicologica. Si è rivolta all'associazione per avere un aiuto psicologico e per cercare di trovare un modo per superare la delusione e la rabbia. Vuole portare avanti la gravidanza e vuole avere il bambino ma non è in grado di aver nessun rapporto con il padre. Mi dice che lei vorrebbe che suo figlio conoscesse suo padre e che avesse un rapporto con lui, che si vedano che lui li aiuti economicamente ma non vuole un rapporto di coppia. Secondo lei tutti i figli hanno diritto di conoscere sia la madre che il padre perché non hanno nessuna colpa. Mi dice che il suo obiettivo stando dentro la casa è quello di cercare di stare tranquilla, cerca consigli, un appoggio psicologico per sapere come deve fare le cose e come affrontare le situazioni. Mi dice: "Mi fa schifo, quando lo vedo e parlo con lui, possiamo parlare tranquillamente, io non sono una persona che si arrabbia o grida ma poi mi sento che mi fa schifo, mi viene la nausea.

³¹² "La primera vez fue por experimentar porque yo no había estado con nadie y la segunda fue como, que no se, yo no quería la verdad, ahí pues si me embarazé. Y por esto el decía también que no era suyo. Solo dos veces, la primera solo yo quería experimentar que se sentía pero la segunda yo no estuve de acuerdo pero ni modo" [Intervista 28/09/13].

³¹³ "No yo no creo que estaba enamorada, solo lo quería conocer, ver si era un buen chico, experimentar y nada mas" [Intervista 28/09/13].

Ogni volta che lo vedo, per esempio, dopo mi devo fare una doccia, perché mi fa schifo e vorrei affrontare queste cose bene per il bene del bambino”³¹⁴.

Dentro la casa si sente protetta e sente di poter avere quel senso di tranquillità e quel sostegno psicologico di cui ha bisogno. La storia di Serena rende evidente quanto gli elementi che incidono sui percorsi e sulle esperienze biografiche delle donne siano diversi: sebbene la questione economica sia importante per tutte, spesso ad essa si aggiungono difficoltà di ordine emotivo, sentimentale e familiare.

Alcune delle donne che si rivolgono a VIFAC sono spinte dalla solitudine. Quando scoprono di essere incinte a volte per il timore delle possibili reazioni non si confidano con la famiglia e spesso non ricevono nessun sostegno da parte dei propri compagni. Bianca e Diana per esempio hanno una storia simile, la prima ha diciotto anni, la seconda diciassette, entrambe scoprono di essere rimaste incinte mentre ancora frequentano le scuole superiori, sanno che a quel punto saranno costrette a dover abbandonare almeno temporaneamente gli studi. Nessuna delle due ha pensato alla possibilità di abortire ma hanno avuto forti timori delle possibili reazioni dei fidanzati e, soprattutto, dei genitori. Arrivano presso la casa non sapendo che cosa fare, grazie all’aiuto delle volontarie dell’associazione, riescono a comunicare questa notizia e a risolvere quei problemi che almeno all’inizio sembrano insormontabili. Entrambe frequentano la casa per tutta la durata della gravidanza soprattutto per usufruire del sostegno psicologico e di quello medico e, in questo modo, non pesare troppo sulle spalle delle economie familiari. Diana ha un fidanzato con cui esce da quasi due anni, all’inizio non ha detto nulla neanche a lui, sono compagni di scuola. Dopo che gli ha detto di essere incinta, lui ha deciso di continuare a studiare e di trovare un lavoro il pomeriggio per iniziare a mettere da parte un po’ di soldi per quando nascerà il bambino. Tra un paio di settimane si sposeranno perché vogliono che il bambino nasca all’interno di una relazione legalmente riconosciuta e poi si trasferiranno a vivere, almeno per i primi tempi a casa dei genitori di Diana. I genitori che all’inizio non sapevano nulla perché lei era terrorizzata dalla loro reazione, hanno accettato questa gravidanza, all’inizio mi dice che erano furiosi soprattutto perché per loro significa che Diana avrebbe lasciato la scuola e non avrebbe portato avanti i suoi piani, quelli di andare all’università. Poi, piano piano, si sono abituati all’idea e adesso li aiuteranno economicamente e vivranno tutti insieme. La madre del fidanzato di Diana è disposta ad

³¹⁴ “Yo quiero que mi hijo lo conozca, el tiene derecho a conocer a mama y papa para mi no hay problema, el no tiene la culpa. Por esto quiero estar aquí para que me ayuden a no tener asco, a saber llevar esta relación, yo lo quiero llevar como bien. Si podemos platicar y todo, lo trato bien pero pues mi reacción es muy fea cuando no está y esto no se como llevarlo. El tiene su responsabilidad pero yo quiero que aquí me ayuden” [Intervista 28/09/13].

occuparsi di tutte le spese che saranno necessarie affinché entrambi possano continuare a studiare, finire le scuole superiori e successivamente frequentare l'università. Diana mi dice: “spero di riuscire a fare quello che fanno le mie amiche, adesso sono entrate tutte all'università e quando ci penso sembra che le altre continuino con la loro vita e tu invece ti fermi”³¹⁵.

Anche Bianca, tra un mese si sposa e spera di poter continuare a studiare quando la sua situazione di vita sarà più stabile.

Come loro, anche Saray ha deciso di trasferirsi a vivere nella casa più per questioni emotive e sentimentali che per problemi economici: la reazione del suo compagno non è stata perfettamente corrispondente a quello che lei sperava. Mi dice che lei è molto felice di aspettare questo bambino, ne avevano già parlato lei e il suo compagno ed entrambi erano d'accordo. Vivono insieme e hanno una relazione molto stabile da più di due anni, si conoscono da tre. Hanno sempre avuto un ottimo rapporto, qualche discussione come è normale che sia ma a lei non è piaciuta la reazione di lui alla notizia della gravidanza. Saray ha ventiquattro anni, questa è la sua prima gravidanza e quando la conosco si trova al settimo mese di gestazione.

È nata e ha sempre vissuto a Campeche, poi si è trasferita a Mérida per vivere insieme al fidanzato. Ha studiato, è laureata in economia e non ha avuto nessun problema per trovare un lavoro ma l'ha lasciato al terzo mese di gravidanza. Mi dice che non è stata licenziata, l'ha deciso lei perché voleva stare attenta alla gravidanza, ha avuto qualche complicazione e anche negli ultimi mesi diverse minacce di aborto e contrazioni. Anche per questo motivo ha deciso di passare la gravidanza in un posto tranquillo dove non doveva preoccuparsi di niente. Il compagno all'inizio non ha preso bene la gravidanza, “come se quasi non volesse il figlio”. Mi dice che forse lui non si aspettava che sarebbe successo tutto così rapidamente. Ma lei voleva vivere in maniera tranquilla la gravidanza e dare a lui il tempo di capire che cosa voleva fare e allora grazie ad un'amica ha deciso di trasferirsi a vivere nella casa di accoglienza. Poi con il tempo le cose sono cambiate, il suo compagno adesso è molto felice di diventare padre e la va trovare ogni fine settimana, fanno una piccola passeggiata insieme. Lui non è d'accordo con la decisione della ragazza di continuare a vivere lì, vorrebbe che tornasse a casa. Saray però non è molto convinta e preferisce restare nella casa di VIFAC fino al parto. I genitori di Saray avrebbero voluto che fosse tornata a casa, l'avrebbero aiutata durante la gravidanza, ma loro non sono molto contenti della relazione della ragazza con il compagno e lei ha preferito gestire questa situazione da sola. Mi racconta: “La mia famiglia non è

³¹⁵ “Yo quiero seguir con mi vida, espero de poder seguir igual porque luego ves a tus amigas y ellas parece que siguen con su vida y tu te has quedado” [Intervista 4/06/12].

d'accordo, io ho ventiquattro anni, lui ne ha ventinove. Non è tanta la differenza ma a loro non ispira fiducia, non so per quale motivo. A loro lui non piace e quindi io mi sono un po' separata dalla mia famiglia per non dover arrivare a decidere tra loro e lui. No, sono due cose molto diverse e sono molto importanti, non è giusto decidere per una e lasciare l'altra. La mia famiglia mi appoggia molto, sono anche venuti a trovarmi da quando sono qui dentro, volevano portarmi a casa. Una volta, ho telefonato per chiedere che mi venissero a prendere ma poi abbiamo pensato che ormai manca pochissimo: meglio non fare troppi spostamenti e stare tranquilla³¹⁶.

Dopo il parto Saray vuole tornare a vivere a Campeche, stare vicino alla sua famiglia e avere l'aiuto della madre e della sorella per prendersi cura del bambino e poter anche lavorare. Il suo compagno chiederà di essere trasferito con il lavoro e andrà anche lui con loro.

Molte donne non ricevono il sostegno che si aspettano da parte dell'uomo che ha contribuito alla gravidanza. Claudia, di cui ho già parlato prima, per esempio mi racconta di questo "tizio" che ha conosciuto ad un corso di intelligenza emozionale, uno di quei corsi per il superamento personale, quelle cose molto di moda negli Stati Uniti e che iniziano a prendere sempre più piede anche in Messico. Mi racconta: "Siamo stati amici all'inizio, mi stava simpatico. Ha quarant'anni ma è molto simpatico, gli piace ballare, abbiamo li stessi gusti, è un po' pazzo, insomma andavamo d'accordo. A novembre io ho parlato con il padre dei miei figli e lui mi ha detto che non sarebbe tornato a Tulum, si fermava a vivere a Città del Messico e che stava uscendo con un'altra donna, questa cosa mi ha molto ferito. Lui stava facendo la sua vita e allora io ho iniziato ad uscire con questo tizio. A gennaio sono rimasta incinta. Sono rimasta incinta le prime volte che ho avuto relazioni sessuali con lui. [...] Non usavo nessun metodo, poi ho comprato un metodo ormonale in farmacia me l'hanno iniettato in farmacia ma io non avevo mai avuto queste cose chimiche nel corpo e alla prima non ha funzionato. Quando mi sono accorta di essere incinta ero alla terza settimana. [...] Sono state un mare di emozioni, la paura, la rabbia, non può essere, come glielo dico al padre dei miei figli? Che succederà quando lo viene a sapere? Mia madre come reagirà? E i mie figli? Che cosa gli dico? Tutto questo dover dare spiegazioni è stato molto stressante e molto pesante. Anche la sua reazione, di lui, mi ha fatto sentire ancora peggio perché lui subito mi ha detto che non era figlio suo. Mi ha detto che ero incinta già da prima. Qui in Messico è molto

³¹⁶ "Mi familia no esta de acurdo, porque no lo aceptan, yo tengo 24 y el tiene 29. No es tanta la diferencia pero a ellos como no les dio la confianza. No se cual es el motivo, como que no había la confianza. No les agradaba. No se la verdad. yo me ido separando un poco de mi familia. Como que no a decidir entre el y nosotros. No, son dos cosas importantes pero no dejar ninguno de los dos. nunca he tenido problemas con el, pequeñas discusiones, pero no para decidir separarnos. Osea si nos separamos un mes, una vez. Pero ahora como que si estamos muy unidos" [Intervista 21/08/13].

comune questa reazione, sei incinta e la prima cosa che ti dicono, anche se è il fidanzato da anni, è che non è suo. È la prima reazione che ha l'uomo. A me non era mai successo perché avevo un compagno. Però, non scherziamo, come non è suo? Non sono mica una facile che va con tutti. Ho avuto la mia caduta con te, ma era solo per la foga di dovermi lasciare il passato alle spalle. [...] Allora gli ho detto che andava bene così, di vedere lui che cosa voleva fare, non succedeva niente. Se mi vuoi appoggiare o no, non mi metto certo a pregare. Se non ha interesse, non mi metto a pregare che si preoccupi per il figlio o per me. Poi mi ha detto che mi avrebbe appoggiato ma in verità non ha mai fatto niente. Mi ha sempre detto che quando avrebbe potuto ci saremmo visti ma, invece, niente, neanche sua madre e sua sorella si sono mai fatte sentire. Io ho due figli, non ho un lavoro e sono incinta, penso che il minimo che puoi fare è dirmi di pagare le visite mediche e le spese delle medicine. Cioè non voglio che mantengano me e i miei figli ma almeno vedere come sta il tuo di figlio, quello sì. Quando la gente non ha interesse e non ha nessuna intenzione di averlo non vale la pena”³¹⁷.

Claudia quindi decide di trasferirsi nella casa perché in questo modo può gestire la gravidanza senza troppe preoccupazioni di ordine materiale e pensare che cosa fare con il bambino. All'inizio era molto convinta di volerlo dare in adozione, poi ha ripensato a questa ipotesi ma non è convinta e non ha le idee chiare.

È molto preoccupata per i suoi figli e per il loro padre, spera che forse il suo ex marito possa tornare con lei e magari adottare il figlio che non è suo ma le sembra come la migliore delle ipotesi. È tuttavia un'ipotesi poco reale. Dice che anche se il suo ex compagno adottasse questo bambino lei si sentirebbe in colpa nei suoi confronti e non sa se sarebbe possibile ricostruire un rapporto in questa situazione. Inoltre, quello che più la rende insicura è come gestire la maternità nei confronti di figli che non avrebbero lo stesso padre. I primi due hanno un padre molto attento e presente pur vivendo lontano. Quest'altro figlio, invece, si troverebbe ad avere un padre completamente assente anche se vivono nello stesso paese. Secondo lei non sarebbe giusto per nessuno dei bambini farli vivere in questa situazione e

³¹⁷ “Erabamos amigos antes, me caya muy bien. Tiene cuarenta años pero es muy divertido, le gusta bailar, tenemos los mismos gustos, esta un poco loco, nos llevamos bien. Luego en noviembre hable con el padre de mis hijos y el me dijo que no iba a regresar a Tulum y que estaba saliendo con otra mujer, esto me ha afectado mucho. Entonces como el estaba haciendo su vida yo he empezado a salir con el fulano. En enero estaba embarazada. Me embarazé en las primeras veces [...] no usaba nada, lego he comprado inyecciones en la farmacia. Tenia tres semanas cuando me he dado cuenta. Ha sido como un mar de emociones, el miedo, no me lo podía creer, y luego como se lo iba a decir a mis hijos? Y como se lo iba a decir a el padre de ellos? Y a mi madre? Tener que dar tantas explicaciones era muy estresante y luego me ha hecho sentir peor. Porque el me dijo que no era cierto que era suyo, que estaba embarazada desde antes. Aquí es muy común que te digan esto, es lo primero que dice el hombre, aunque es tu novio desde hace años. [...] entonces yo le dije que iba bien así que no quería nada y que no me hubiera puesto a rogar por nada. Si me quería apoyar bien si no nada. Cuando me dijo que me iba a apoyar nunca ha hecho nada para mi. Ni para su hijo. Nada, tampoco su familia” [Entrevista 28/09/13].

teme che per i suoi figli sarebbe una condizione che potrebbe provocare molti problemi. Sono abituati ad avere una buona vita, attenzioni, cura materiale ed emotiva.

Non sa bene che cosa fare con il bambino, ma è quasi sicura che non lo darà in adozione, dice che secondo lei non sarà in grado di staccarsi una volta che sarà nato. I suoi piani futuri riguardano soprattutto quello che potrà e dovrà fare lei per cercare di garantire un futuro a sé stessa e ai figli, a prescindere dall'appoggio e dalla reazione degli uomini con cui ha rapporti.

“Torno a Tulum, non so bene che cosa succederà. Ho dei piani, voglia di fare, di mettere in pratica quello che sto imparando qui dentro, perché alcune cose le posso utilizzare, come per esempio ricamare o fare dolci. Posso iniziare a lavorare in casa, posso iniziare a fare dolci in casa e poi a venderli. Facendo questi lavori non hai bisogno di uscire di casa e puoi occuparti dei bambini. Poi mi piacerebbe anche uscire per lavorare, ma prima ho bisogno di mettere insieme un po' di soldi e poi posso cercare un lavoro fuori casa. Hai bisogno di soldi per trovare un lavoro: devi iniziare da zero, devi avere una casa e devi coprire delle spese perché anche se trovi un lavoro, almeno per le prime due settimane non ti pagano e poi iniziano. Devi avere dei soldi perché ti devi spostare, andare agli appuntamenti, portare il curriculum, ti devi comprare dei vestiti adatti per cercare un buon lavoro, insomma ci sono molte spese. A me l'aiuto serve adesso perché incinta nessuno ti dà un lavoro, poi dopo vedremo”³¹⁸.

Claudia ha passato tutta la gravidanza e i quaranta giorni successivi al parto dentro la casa e poi è tornata a Tulum: ha tenuto il suo bambino.

Un'altra donna molto convinta di sé stessa e delle sue possibilità è Cristina, forse a lei è successo quello di cui parla Claudia: anche se hai una relazione di fidanzamento che dura anni lui ti può dire che il figlio che aspetti non è suo. Cristina parla in modo velocissimo, ha un fare agitato proprio di una persona sempre in movimento, sempre pronta ad affrontare qualsiasi evenienza. Sembra una che non si fa spaventare, una che sa sempre come gestire tutto, anche se con la gravidanza si è trovata in difficoltà. Parlando di sé stessa mi dice: “Sono molto liberale, cioè la mia famiglia mi ha insegnato che non devo permettere che nessuno mi controlli. Infatti penso che trattavo un po' male il mio ragazzo perché alla sua famiglia non sono mai andata a genio (ride). A casa mia mi hanno sempre permesso di fare le cose, non mi hanno mai proibito niente, mi hanno detto che loro mi davano fiducia ed io ho sempre cercato di fare le cose per bene. Cioè io posso bere, mi posso ubriacare però non è che arrivo a casa

³¹⁸ “Me regreso a Tulum no se muy bien que voy a hacer. Tengo mis planes, tengo ganas de hacer, de poner en practica lo que he aprendido aquí, hacer postres, costurar. Puedo trabajar en casa y asi puedo cuidar a los hijos también. Luego me gustaría salir a trabajar pero antes necesito un poco de dinero. Necesito dinero para buscar un trabajo. Necesito de ayuda ahora que estoy embarazada no luego, luego puedo encontrar un trabajo” [Entrevista 28/09/13].

trascinandomi per terra. Cioè facevo le mie cose però cercavo di farle bene. Mi divertivo molto ma cercavo di non essere troppo libertina, ma la gente non le capisce queste cose, dicono che una è molto ribelle, ma non è vero. Per esempio, la mia famiglia non mi ha mai giudicato e invece quella del mio fidanzato aveva sempre da ridire”³¹⁹.

Cristina ha ventidue anni, frequenta ingegneria ambientale all’università ed è stata fidanzata per sette anni con la persona con cui è rimasta incinta. Si erano lasciati da un mese quando l’ha scoperto. Mi racconta che la relazione non andava più molto bene perché il suo ragazzo da quando si era iscritto all’università aveva iniziato ad uscire, a conoscere gente, a fare un’altra vita e lei invece quelle cose le aveva sempre fatte e non le dispiaceva ma lui si era allontanato e allora lei aveva deciso di lasciarlo. “Lui ha venti anni, è più piccolo di me, stava nel suo mondo, io nel mio, non aveva senso. Adesso sono due settimane che non so niente di lui, ormai ognuno ha la sua vita e quando gli ho detto che ero incinta non gli è importato, è rimasto completamente indifferente, non mi ha detto che mi avrebbe aiutato, niente. Forse non si è reso conto, forse non ha reagito ancora alla notizia, non lo so. Però non ho più sue notizie, abbiamo litigato e io non lo cercherò. Se lui vuole cercarmi prima che nasca il bambino per me va bene, ma altrimenti io posso essere una madre single, non ho nessun problema”³²⁰.

Cristina mi racconta di essere arrivata presso la casa di VIFAC disperata, pensava e sperava che l’avrebbero aiutata per trovare un lavoro. Non aveva ancora comunicato la sua gravidanza ai genitori perché temeva la loro reazione: avrebbe deluso le loro aspettative e commesso lo stesso errore di sua sorella, rimasta incinta quando aveva appena vent’anni. Sua sorella ha trovato un lavoro e adesso un bambino di tre anni, vivono tutti insieme nella casa dei genitori. Cristina che è sempre stata considerata quella più scapestrata e ribelle della famiglia ma anche quella più sveglia e responsabile, si vergogna di aver commesso lo stesso errore di sua sorella e dover chiedere anche lei ai propri genitori di sostenere lei e suo figlio. Voleva quindi a tutti i costi trovare un lavoro per avere almeno un minimo di indipendenza economica, guadagnare qualche soldo ed essere tranquilla: se i suoi genitori l’avessero cacciata di casa avrebbe avuto qualcosa di sicuro. “Realmente il problema per me era il lavoro ma poi qui mi hanno detto che

³¹⁹ “Soy muy liberal porque no me dejo, osea mi familia me enseño que no me tengo que dejar. No soy muy liberal, pero no me vas a controlar siempre fuy así. Creo que trataba un poco mal al muchacho (ride) porque a la familia no le caya bien y este de mi familia nunca fue de prohibir, mi familia siempre me ha dejado hacer las cosas. Siempre me decían que me estaban dando la confianza... y yo trataba siempre de hacer las cosas bien. Osea tragaba pero no así que me iban a rastrar a mi casa, pero siempre llegaba bien a mi casa. Osea hacia mis cosas pero siempre bien” [Intervista 21/06/12].

³²⁰ “Yo quería casarme, era mi novio de siete años, y como que se me hace ah que mala onda come que ya, ahorita se te paso el amor o no se... pero si quería casarme porque si llevamos mucho tiempo juntos y nos conocemos y todo ahorita como que se me hace muy mala onda que es así, es como una persona desconocida... nunca pensé que iba a reaccionar así. El tiene ventidos tal vez es por esto, es muy inmaduro. Si me quiere buscar antes que nazca no hay ningún problema para mí pero luego no, puedo ser una madre single no hay ningún problema [Intervista 21/06/12].

non davano nessun lavoro e allora sto utilizzando gli altri aiuti, il controllo medico e le cure soprattutto. Faccio tutti i controlli con loro, anche il sostegno psicologico che fa sempre bene...”³²¹, mi dice ridendo.

Nel momento in cui parliamo ha già comunicato della gravidanza ai genitori, loro la sosterranno per tutto quello di cui ha bisogno, ha superato il problema più grande ma il suo ex fidanzato continua a non aiutarla. “Tutta la mia famiglia mi sta appoggiando e questo mi fa sentire bene, lui no. Io non voglio qualcuno che non mi aiuti. Il mio piano è di rimanere con i miei genitori e aspettare che il bambino cresca e dopo trovare un lavoro e andare a vivere da sola con mio figlio. Non mi interessa molto essere una madre sola, mio padre vuole che il bambino abbia il cognome ma a me sinceramente non interessa. Non so se è orgoglio o dignità ma io non voglio andare là a chiedere di darmi il suo cognome per il figlio, non ho nessun problema se ha il mio cognome. Non sarò l’unica donna a crescere un figlio da sola, non mi interessa. Io voglio continuare a studiare perché voglio avere un lavoro migliore, mi piacerebbe lavorare in una riserva animale. Per il momento lo so che non sarà una cosa semplice, lavorare, studiare e crescere un bambino, non so come però in un modo o nell’altro lo farò”³²².

Cristina ha tutti gli strumenti per superare al meglio le difficoltà della gravidanza e continuare a portar avanti il suo progetto di vita. Più difficili sono le situazioni in cui invece si trovano altre due ragazze, Elisa e Shirley che sono più giovani di Cristina, ma come lei non hanno avuto il sostegno da parte della figura maschile.

Elisa ha diciassette anni ed è alla sua seconda gravidanza. È già madre di un bambino di tre anni che vive insieme a suo padre, lei lo vede ogni due settimane. Da circa due anni Elisa aveva una relazione con un ragazzo della sua stessa età, una persona molto aggressiva, alcolizzata che consuma molte droghe, non lavora ma vive dei soldi che gli passano i genitori essendo una famiglia benestante. Mi racconta che sono quasi due anni che vivono insieme ma che non è una relazione stabile, lei vive a casa di lui ma lui la picchia, può essere molto violento e andare fuori di testa quando ha bevuto o fatto uso di droghe. Elisa non ha utilizzato nessun metodo contraccettivo, mi dice: “Lui voleva un bambino, e quindi forse è stata la mia

³²¹ Realmente para mi el problema era el trabajo pero luego cuando me han dicho que aquí no hay trabajo estoy utilizando todo la ayuda que te dan” [Intervista 21/06/12].

³²² “Mi plan es quedarme con mis papas y esperar que crezca mi bebé y ya luego a buscar un trabajo y irme a una cosa con mi bebé. No me importa mucho ser madre soltera. Mi papá quiere que tenga el apellido pero sinceramente yo no se si tengo orgullo o dignidad, no quiero ir alla a decirle de darme el apellido. No tengo ningún problema que tenga el mio. A mi no me molesta ser mama soltera osea no soy la única y voy a sacar a mi bebé adelante. Quiero seguir estudiando porque quiero tener un mejor trabajo” [Intervista 21/06/12].

idea pazza, quella che hanno tutte le donne che magari con un bambino lui poteva cambiare. Credo che fosse questo, però non è cambiato niente, anzi. L'ho lasciato"³²³.

Elisa l'ha lasciato l'ultima volta che l'ha picchiata. Molto spaventata di poter perdere la gravidanza si è rivolta all'associazione, di cui aveva visto la pubblicità in televisione. Non sa bene che cosa farà ma pensa di andare a vivere insieme al padre a Cancun e sarà lui ad aiutarla con la gravidanza e con il bambino. Dopo circa dieci giorni che ho intervistato Elisa, vengo a sapere che è stata espulsa dalla casa. Una notte il suo ex compagno, avendo scoperto dove si trovava la ragazza, era andato insieme ad altre persone a minacciare le donne della casa, lanciando pietre alle porte ed alle finestre. La reazione della direttrice è stata immediata: polizia, denuncia ed espulsione della ragazza. Adriana era convinta che fosse stata Elisa a dire al giovane dove si trovasse e a dare l'indirizzo preciso della casa, non poteva essere altrimenti. Per evitare che ci fossero ripercussioni su tutte le altre donne ospiti non poteva farla restare nella casa: Elisa non aveva rispettato le regole e adesso si sarebbe assunta le sue responsabilità. Nei due anni che ho frequentato l'associazione questo è stato l'unico caso in cui una donna sia stata espulsa dalla casa.

Anche Shirley ha una storia che parla di uomini violenti. Shirley ha quindici anni, ha un bambino di otto mesi, Cristopher, che vive con lei nella casa ed è incinta di nuovo. Shirley non ha studiato, non ha finito neanche le scuole elementari, prima della nascita di Cristopher lavorava saltuariamente facendo quello che capitava. I suoi genitori sono separati, il padre vive a Tabasco e lei per un po' ha vissuto con lui ma poi la madre ha voluto che tornasse a stare con lei a Mérida. Sono entrambi molto giovani, hanno altri figli avuti da diverse relazioni. La madre di Shirley ha trentaquattro anni, ha avuto il primo figlio, suo fratello maggiore, a quattordici anni. Poi è nata Shirley e dopo qualche tempo i suoi genitori si sono lasciati. Sua madre ha avuto un'altra relazione, ormai finita, da cui è nata una bambina che ha cinque anni. Da due settimane è nata la quarta figlia di sua madre, una sorellina avuta dalla relazione che ha con il suo attuale compagno.

Shirley viveva con sua madre e con il suo compagno. Mi racconta che ha deciso di andarsene di casa perché aveva avuto problemi con il compagno di sua madre. Lui aveva provato ad abusare di lei ma sua madre non le aveva creduto e aveva pensato che fossero solo bugie, credendo invece al proprio compagno. Shirley allora aveva deciso di andarsene di casa. In quel periodo aveva conosciuto un ragazzo, più grande di lei che abitava da solo e le aveva offerto la possibilità di vivere insieme. Lui ha ventitré anni, iniziano ad avere relazioni sessuali, Shirley rimane incinta ma lui non vuole avere nessuna responsabilità rispetto al

³²³ “Ha sido mi idea de que con un nino iba a cambiar. Has ido una mala idea. El queria un hijo y yo pensè que podia ayudar. Pero no. Entonces lo he dejado” [Intervista 12/04/13].

bambino. Lei ha continuato a vivere insieme a lui fino quando ha resistito, la picchiava e in alcuni casi l'ha costretta a prostituirsi per guadagnare dei soldi. “Mi maltrattava e mi vendeva, ho resistito perché minacciava la mia famiglia, mio fratello e mia madre, ma poi sono scappata”³²⁴.

È tornata a vivere in casa di sua madre e si è occupata del bambino. Ha conosciuto un altro ragazzo, lui ha diciassette anni, mi dice che sembrava una buona persona. Dopo qualche mese lei resta incinta di nuovo. Le avevano inserito un DIU dopo il primo parto ma, a quanto pare, non ha funzionato. Né lui né i suoi genitori vogliono farsi carico del bambino, le avevano detto che l'avrebbero aiutata economicamente ma invece non l'hanno più cercata e si sono completamente disinteressati della gravidanza.

Shirley è incinta, con un bambino piccolo, sua madre ha una neonata da accudire e non può aiutarla molto, né praticamente né economicamente, con suo padre non ha più nessun rapporto, con il padre del primo figlio neanche, il padre del secondo figlio ha dimostrato di essere disinteressato a lei e al futuro bambino. Shirley per ora trova sostegno soltanto all'interno della casa, poi dovrà trovare una soluzione.

La direttrice di VIFAC, vista la situazione particolarmente complessa, ha consigliato alla ragazza di dare il bambino in adozione, potrebbe essere la soluzione migliore per tutti. Lei ci pensa ma poi alla fine decide di tenere il bambino che nascerà con molti problemi, perché prematuro, e le richiederà un livello di attenzione e di cura ancora maggiore.

Dopo qualche mese dalla sua uscita dalla casa, ho incontrato Shirley nella piazza del mercato di Mérida, vendeva calzini. Mi ha raccontato che stava bene, cercava di andare avanti come poteva. Sua madre restava a casa con i tre bambini e lei cercava di racimolare qualche soldo, facendo qualsiasi tipo di lavoro.

10.3 Strategie e scelte possibili: l'adozione per le donne

Alcune delle donne che si rivolgono a VIFAC sanno già, dall'inizio della gravidanza, che daranno il bambino in adozione e scelgono l'associazione proprio perché cercano aiuto nella gestione di questa decisione. I motivi che portano le donne a prendere questa decisione sono molteplici e sono sempre articolati tra loro, non si tratta mai di una scelta semplice ma è che appare come la “migliore”.

³²⁴ “El me maltrataba, me pegaba, me drogaba y me vendia” [Intervista 18/09/12].

Jessica ha diciannove anni, è al settimo mese di gravidanza e viene da Cancun. Lì non c'è una casa di accoglienza VIFAC ed è dovuta venire a Mérida. Il suo ex fidanzato con cui è uscita per circa un anno non vuole sapere niente di lei, è disposto ad aiutarla economicamente con il bambino ma non a portare avanti la relazione tra loro. I genitori di Jessica non possono aiutarla e lei sa che da sola non potrebbe garantire al bambino quello di cui ha bisogno. “Anche se non voglio sono molto decisa a darlo in adozione, in questo momento non ho la stabilità economica ed emozionale per poter prendermi cura di un figlio. Un bambino ha bisogno di una famiglia e di stabilità e io non posso dargliela in questo momento, sono ancora troppo giovane, non sono neanche in grado di badare ad un gatto figuriamoci ad un bambino piccolo”³²⁵.

Ha deciso che dopo il parto tornerà a casa di sua madre, cercherà un lavoro per mettere da parte dei soldi e poi vorrebbe riprendere a studiare. Mi dice che ha lasciato la scuola perché ha iniziato a lavorare quando aveva tredici anni, adesso vuole finire le scuole superiori, avere un titolo per poter accedere ad un lavoro migliore che possa garantirle un livello di vita più stabile di quello attuale.

Anche Jasmin, che ha un percorso biografico molto più articolato rispetto a quello di Jessica, ha deciso di dare il suo terzo figlio in adozione. L'ha deciso da subito, appena ha saputo che era incinta e dopo non essere riuscita a trovare nessun modo per abortire.

Jasmin ha venti anni, viene dal Chiapas, se ne è andata da casa sua più o meno da sei mesi e si è trasferita a Mérida. Quando la conosco è incinta di tre mesi. Ha deciso di andarsene da casa perché la situazione era difficile, non aveva buoni rapporti con la famiglia, soprattutto con suo padre. Mi racconta della sua vita prima di venire a Mérida, mi dice che ha deciso di andare via per stare più tranquilla e cercare un futuro migliore.

Jasmin ha una figlia di quattro anni e un bambino di un anno e sei mesi. La bambina è rimasta in Chiapas insieme ai suoi genitori, il bambino invece è venuto con lei e adesso vivono insieme nella casa di accoglienza. Mi racconta di essere rimasta incinta quando aveva quattordici anni, a quindici anni era già mamma. Ha conosciuto il suo primo fidanzato quando aveva undici anni, sono stati insieme diversi anni, lei ha anche iniziato le scuole superiori che però ha lasciato quando è rimasta incinta. Insieme al fidanzato aveva preso una brutta strada, come tanti adolescenti che vivono in condizioni di marginalità sociale, il vizio della droga e dell'alcool. Quando è rimasta incinta e l'ha scoperto suo padre l'ha picchiata e l'ha cacciata di casa. Mi racconta che con suo padre non ha mai avuto un buon rapporto, per anni lui è stato

³²⁵ “Estoy decidida aunque no quiera. En una parte quisiera porque es mi bebe pero veo las complicaciones de todo lo que no le puedo dar” [Intervista 29/09/13].

un alcolizzato, un uomo molto violento che non faceva altro che maltrattare lei, sua sorella e sua madre.

Dopo essere stata cacciata di casa da suo padre, che la picchiava con la cinta e la riempiva di calci nonostante fosse incinta, ha cercato ospitalità a casa di sua zia. È rimasta lì fino a quando anche sua zia non si è resa conto che era incinta, anche lei l'ha cacciata. A quel punto mi dice che la pancia era cresciuta e che allora aveva deciso di cercare il ragazzo con cui era rimasta incinta. Lui non voleva un figlio ma le dice che l'avrebbe aiutata e supportata. Jasmin si trasferisce a vivere a casa della madre del ragazzo, vivono tutti insieme, ma sette mesi dopo la nascita del bambino il ragazzo decide di trasferirsi per cercare lavoro. Mi dice Jasmin: "Un giorno dice che va a lavorare e non torna più a casa, non ha detto né dove andava né ciao, niente. Non è più tornato ed io alla fine sono dovuta tornare a vivere a casa dei miei genitori perché non volevo restare a casa di sua madre se lui mi aveva abbandonata"³²⁶.

Il padre di Jasmin le chiede di perdonarlo e di scusarlo e si impegna a prendersi cura della nipotina, adesso mi dice lei che la figlia è la preferita di sua madre e di suo padre, adesso è come se fosse figlia loro. Quando sua figlia aveva sei mesi Jasmin ha deciso di iniziare a lavorare in una fabbrica per guadagnare dei soldi e collaborare alle spese domestiche e a quelle per la figlia.

Sul posto di lavoro incontra il padre del suo secondo figlio. Ha una relazione abbastanza stabile con lui, decidono di andare a vivere insieme, ma quando dopo otto mesi lei resta incinta anche lui la lascia. Lui lavora come tecnico dell'audio, si sposta molto per lavoro, in uno dei suoi viaggi ha trovato un'altra donna e ha lasciato lei mentre era incinta. Jasmin torna di nuovo a casa dei suoi genitori.

Da qualche mese, mi racconta, di aver conosciuto un ragazzo di Mérida a cui lascia il suo numero di telefono. Lo zio di questo ragazzo inizia a telefonarle tutti i giorni, diventano amici, e per qualche mese stringono questo rapporto. Poi lui le dice che se vuole le paga un biglietto di autobus per Mérida, lui la può aiutare a trovare un lavoro e una casa, l'appoggia e si possono conoscere meglio.

Jasmin prende il figlio più piccolo e arriva a Mérida, ma scopre che la persona con cui parlava ogni giorno per telefono l'ha ingannata. "Risulta che la persona con cui parlavo per telefono ha cinquantadue anni, è sposato e ha figli. Si è preso gioco di me, niente di più. Non mi piaceva ma per me era un modo per vivere una vita tranquilla. Dopo una settimana mi ha

³²⁶ "Me fui a vivir con el y su madre, luego con un tío de él. A los 7 meses se fue a trabajo y ni adiós ni nada, ni adonde iba. Desapareció y todo. Y regrese a casa de mi madre y mi padre. Regrese con ellos y mi padre me pidió perdón y que todo iba a cambiar. Luego ahora ella tiene casi 4 años es la consentida de mi papa y de mi mamá y se quedaron con ella. Yo la dejé, yo no la podía traer" [Entrevista 7/11/13].

detto che non voleva avere più niente a che vedere con me. Mi ha pagato una stanza per una settimana, veniva e poi se ne andava, mi portava qualcosa da mangiare. Io allora ho provato a cercare lavoro ma non ho trovato molto perché ho un bambino piccolo, mi sono messa a distribuire le pubblicità per la strada, guadagnavo cinquanta *pesos* al giorno, niente”³²⁷.

Mentre viveva in questo modo, a pane e acqua, conosce per strada il padre del bambino di cui è incinta in questo momento. Inizia a stare un po’ con lui ma si rende subito conto che è alcolizzato, è violento e non ha un lavoro e una casa stabile. Mi racconta che vivevano in una stanza che lui affittava ma che lui la picchiava tutti i giorni, il bambino era terrorizzato, mi dice che quando erano arrivati a Mérida il bambino aveva iniziato anche a parlare adesso invece non parla più, dice solo “acqua”. Lei allora si è rivolta alla “casa della donna” di Mérida e l’hanno mandata qui. Non vuole avere nessuna relazione con questa persona, lui non sa neanche che è incinta, non gli ha voluto dire nulla per non avere ancora maggiori problemi. Ha deciso che darà il bambino in adozione, vuole che abbia una vita tranquilla e lei in questo momento non può garantirgliela. Dopo il parto tornerà a casa sua. I suoi genitori non sanno della gravidanza attuale, vuole prendersi cura dei figli che già ha, ma sarà difficile con due, un altro sarebbe impossibile. Mi dice: “Ho le mie mani, posso lavorare, troverò qualcosa da fare e inizierò a guadagnare dei soldi poi prenderò una casa per noi e cercherò di essere responsabile per i miei figli, sono tutti senza padre, li ho registrati tutti con il mio cognome. Mi prenderò cura io di loro ma questo lo darò in adozione, lo volevo abortire, lo volevo uccidere ma adesso meglio che viva e vada in una famiglia dove gli vogliano bene”³²⁸.

Anche Adriana, Lupe e Lupita per ragioni diverse hanno deciso di dare in adozione il proprio figlio, nessuna di loro ha un compagno.

Adriana ha venti anni ed è incinta al quinto mese, viene dallo stato di Tabasco perché anche lì non c’è una casa di accoglienza come quella di Mérida. Adriana ha deciso di dare il figlio in adozione perché non vuole in questo momento avere un bambino, non ha le possibilità economiche per prendersi cura di lui e dall’inizio ha deciso che non l’avrebbe tenuto. Mi dice che è una decisione che ha preso da sola, in maniera indipendente dalla relazione con l’uomo con cui è rimasta incinta. Lui non vuole prendersi la responsabilità del bambino, lui è più

³²⁷ “Un muchacho he conocido. Hablaba con el por teléfono y todo ya el tío le robo el número de teléfono mío y me hablo y me dijo que le gustaba y si podemos ser amigos, me fue conquistando a travez del teléfono, le contaba todos los días, todo. Llegó el momento en que me dice: quieres venirte por aca, vienes, hay trabajo, te apoyo, nos conocemos y luego nos casamos. Y yo al los tres meses me mando el pasaje para que viniera. Me dijo que no quería nada conmigo, después de una semana. Me pagaba el cuarto y se iba. Me dejaba comida y se iba. El sobrino de el luego quería algo conmigo per yo no. En este lugar he conocido al otro” [Entrevista 7/11/13].

³²⁸ “Tengo mis manos, puedo trabajar, me ganare mi dinero y cuidare a mis hijos, son todos sin padres, tiene mi nombre. Me voy a hacer cargo de ellos y los voy a llevar por adelante, encontraré una casa y todo, pero este lo quiero dar en adopción porque no me puedo quedar con uno mas, lo quería abortar, lo quería matar, pero mejor dejarlo con alguien y que tenga una buena vida” [Entrevista 7/11/13].

grande di lei ha trentanove anni è sposato e ha due figli. Quando gli ha detto che era incinta ha risposto, come molti altri, che non era suo il bambino, lei non ha insistito, non le interessava. “Era soltanto un’avventura per me, di fatto sono stata insieme a lui solo quattro volte, forse l’ultima volta sono rimasta incinta. Usavamo il preservativo, sempre l’ho utilizzato ma forse l’ultima volta si è rotto, io questo non lo posso sapere, questo lo sa’ soprattutto l’uomo io non me ne accorgo se tu non me lo dici. Gli uomini ovviamente se ne accorgono però secondo me certe volte neanche te lo dicono”³²⁹.

Il primo pensiero di Adriana è stato quello di abortire poi non c’è riuscita e allora non resta altra opzione che l’adozione, lei comunque questo figlio non lo vuole. Ha detto a sua madre di essere incinta, lei si è molto arrabbiata, le ha detto che deve prendersi la responsabilità che si deve sposare e deve fare le cose per bene. Adriana mi racconta che sua madre si è molto arrabbiata perché lei non può aiutarla economicamente con un bambino piccolo e perché avrebbe voluto che lei si sposasse e fosse tutto regolare per evitare che le persone parlassero male di lei. Mi dice che non va bene che una ragazza resti incinta e poi sia anche da sola, almeno per come la pensa sua madre e le persone del paese da cui viene.

Alla madre non ha raccontato la verità sul padre del bambino, si vergognava a dire che era un uomo sposato, ma le ha detto che non vuole avere nessuna relazione con lui perché l’ha picchiata e che ha deciso di dare il bambino in adozione. Prima che la pancia si potesse notare si è trasferita a Mérida. Il suo piano è quello di tornare a casa dopo il parto e di continuare a studiare nella scuola da estetista che stava frequentando, così poi potrà trovare un lavoro ed essere autonoma. Quando le chiedo se il fatto di avere il sostegno del padre del bambino avesse potuto cambiare la sua decisione, mi risponde molto decisa con un no, secco.

Lupe e Lupita, tra tutte quelle conosciute dentro VIFAC, sono le ragazze a cui forse mi sono affezionata di più.

Lupe ha diciannove anni è al quinto mese della sua prima gravidanza, ha cercato su internet e ha trovato informazioni su VIFAC, è venuta a vivere qua. “Quando sei incinta non puoi lavorare e hai bisogno di un posto dove vivere e io non me lo posso permettere. Io prima lavoravo, vendevo in un negozio. Stavo cercando un posto dove dare in adozione il bambino e quello che mi sembrava essere più conveniente era questo, che non si vedeva così male, insomma. Non mi posso prendere cura di lui, serve cibo, e se si ammala lo devo curare, io per questioni economiche non potrei farlo. Un bambino ha bisogno di cose che io non posso

³²⁹ “Era una aventura nada mas, de hecho siempre con condones. El tiene 39 anos, una pareja y dos hijos, yo no quiero nada con el. No estaba enamorada, siempre usamos condones y creo que una de las veces que fueron pocas, como tres o cuatro me quedé embarazada, creo que se rumpió, pero claro yo no me doy cuenta, el hombre se da cuenta, pero nunca te dicen nada” [Entrevista 10/08/12].

dargli. Vivo praticamente da sola, mia madre ci ha abbandonato quando avevo tre anni, mio padre non lo vedo molto. Io sto sempre in giro, lavoro, vado a casa di amici, a volte me ne vado a Città del Carmen per un po' di tempo a casa di amici. Sono cresciuta con mio padre e con mio zio. Mio padre sta male, soffre di insufficienza renale, lavora come e quando può. Chi ci ha mantenuto è stato mio zio che è poliziotto e non ha mai avuto una famiglia sua. Sono cresciuta con due uomini e con mia nonna che è morta quando avevo undici anni. Mio padre e mio zio non mi possono aiutare con il bambino. Non ho detto che ero incinta, quando si è iniziata a vedere la pancia sono venuta qui. Loro sanno che sono a Città del Carmen a lavorare. Forse racconterò tutto quando tornerò a casa, a cose fatte, non lo so³³⁰.

Mi racconta che non voleva restare incinta che voleva continuare a fare la sua vita normale fino a venticinque anni. Vuole tornare a studiare per avere un lavoro migliore. A quindici anni ha lasciato la scuola e ha iniziato a lavorare, mi dice che aveva soldi per le sciocchezze, ha iniziato ad uscire a divertirsi. Aveva i soldi per pagare una scuola privata ma non aveva tempo.

“Poi quando cresci ti rendi conto e capisci molte cose e allora ho deciso che volevo continuare a studiare. Andare a scuola e lavorare non lascia molto tempo, se la scuola non pregiudica il lavoro è il lavoro che pregiudica la scuola o viceversa. Non ci riesci a fare tutte e due le cose per bene, devi avere i soldi e poi poter studiare. Io ho altri piani per me. [...] Pensavo che quando esco da qui voglio lavorare un'altra volta, poi mi iscrivo ad una scuola serale e poi mi piacerebbe studiare psicologia. Mi voglio iscrivere e non continuare a perdere tempo. Oggi sono più vecchia e a venticinque anni sei già grande per trovare un lavoro. Mi piacerebbe essere psicologa, mi piacerebbe studiare gli adolescenti, secondo me hanno più problemi. Soprattutto quando hanno problemi nell'infanzia poi entrano nelle dipendenza dalla droga, dall'alcool, ne conosco tanti così. Hanno molti problemi perché l'infanzia è stata orribile. Dove vivo io, i miei amici sono quasi tutti così, nessuno finisce le scuole superiori. Anche io sono stata così: drogata e alcolizzata. Ho soltanto un'amica che ha finito tutte le scuole. Ma la maggior parte iniziano a lavorare da piccoli perché i genitori dicono che devono andare a lavorare e quando hai i soldi li spendi per l'alcool e per la droga. Non sono cattivi ma fanno le cose cattive. Ho diverse amiche che sono così, ma quelle che hanno studiato sono migliori.

³³⁰ “Le tienes que dar comida, si se enferma se enferma, no voy a poder cuidarlo, con trabajo puedo cuidar un gato imagínate un bebé. No podría por cuestiones económicas, si el requiere cosas yo ne se la puedo dar. Yo vivo prácticamente sola, mama no tengo, vivo en casa de mi papa, pero prácticamente vivo sola porque el nunca estoy ahí, me lo paso en el trabajo. Mi papa esta enfermo no puede ver un bebe, no tiene la paciencia para cuidar un bebe, es hombre. Mi mama no se nada de ella desde hace mucho. Solo estoy con mi padre. El no sabe que estoy aquí, yo me voy mucho, por ahí, por allá. Me voy a casa de amigos, estoy en ciudad del Carmen a casa de unos amigos el. No sabe que estoy embarazada” [Entrevista 29/09/13].

Alcune restano incinte, però le donne pensano di più, i maschi sono diversi. Dicono che loro sono il sesso forte, non è vero. Loro non sopportano una pancia per nove mesi.

Certo le ragazze non sono sempre nel giusto, neanche loro si prendono le responsabilità, fanno i figli e poi se ne disinteressano, li lasciano ai genitori. Ma è come se la responsabilità fosse solo della madre. I maschi non si interessano ma le ragazze lo sanno che possono denunciarli e pretendere che siano responsabili per i loro figli, però non lo fanno. Io le conosco queste ragazze, non lo fanno mai. Cioè la responsabilità è anche delle ragazze, perché se i maschi non si assumono le responsabilità loro non fanno niente per obbligarli, per uscire dalla situazioni in cui stanno, restano lì e sopportano. Le ragazze sopportano. Sopportano di essere umiliate, di essere picchiate, di essere insultate e tutto ovviamente senza neanche i soldi. Io non voglio vivere così e non voglio che a questo bambino succedano queste cose”³³¹.

Lupe è molto lucida nelle sue analisi. Quando parla di se stessa cerca iscrivere la propria esperienza all’interno di un orizzonte più ampio, che è quello del mondo da cui proviene e in cui è cresciuta. Ha un forte senso critico ed è stata in grado, a differenza di tante altre donne nelle sue stesse condizioni, di trovare una strategia, per provare a modificare il proprio tracciato biografico, che in qualche modo sembrava già scritto. Non sa bene se ci riuscirà fino in fondo ma, almeno, ci sta provando con la consapevolezza di voler costruire un futuro migliore.

Rispetto alle sue amiche e alle donne che conosce mi dice una frase che mi è rimasta sempre in testa: “Le ragazze quando escono dalla scuola primaria già iniziano a rimanere incinte, la maggior parte resta incinta durante la secondaria, e quelle che sopravvivono sono poche”³³².

Secondo Lupe, il suo fidanzato non ha dato nessuna importanza alla gravidanza, non capisce neanche quali sono le responsabilità che devi prenderti per avere un figlio, mi racconta che

³³¹ “Pensaba de trabajar otra vez, escribirme a la prepa abierta y estudiar psicología. calculo como en enero y febrero. Escribirme ahí y no perder mas tiempo. Que cada dia estoy vieja, a los 25 ya eres grande para buscar trabajo. Me gustaria ser psicólogas, no se, estudiar los adolescentes. Si no contabilidad, no se. Algo asi, estas eran mis opciones. Mayormente los adolescentes tienen mas problemas, rpo el infancia luego entran en drogadicion, conozco a muchos asi, que tiene muchos problemas porque la infancia ha diso horrible. Yo conzco mucho donde vivo, mis amigos son drogatictos, borrachos, desde los primeros meses de la secundaria, donde piensas que estar grande y ya. Nadie termina la secundaria. Solo un amiga esta en la prepa, solo una, solo ella. Dejan la escuela porque sus papas le dicen que tienen que trabajar, los otros se pierden en lo que es el alcohol, la droga, hay cuestiones económicas por medio. Entonces si necesitas dinero tienes que trabajar. Tienen mucha enseguridad, lo que se sienten muy malos luego son los niños mas endefensos, creo que tienen como un vacío por dentro. Yo digo que es lo que tienen ellos, todos los que conozco. No son malostes como dicen, lo se. Pero si acaban haciendo cosas malas. Varias amigas son asi, las que no, las que he crecido están en la prepa son como mejores. Unas se quedan embarazadas, pero las mujeres piensan mas, los tipos son mas diferentes. Dicen que son el sexo fuerte no es cierto que ellos no aguantan una panza nueve meses. Hay los que tienen hijos pero no les interesa, o los dan a los padres o la responsabilidad es de la mama” [Entrevista 29/09/13].

³³² “Saliendo de la primeria ya están embarazadas, las demás en la secundaria y las sobrevivientes son pocas” [Entrevista 29/09/13].

per un mese, pur sapendo che era incinta, ha continuato a cercarla per uscire e andare ad ubriacarsi insieme.

“Non mi lascio abbindolare dalle sue parole, perché altrimenti finisco come molte altre ragazze che sempre credono a quello che dicono gli uomini che si prendono le responsabilità e si occupano dei figli ma sono solo parole e le parole non sono niente. Le parole se le porta il vento, non sono reali. Solo puoi essere sicura di quello che vuoi tu, che se sei giovane e vuoi farti la tua vita non puoi avere un figlio perché non puoi neanche dargli le cose di cui ha bisogno. C'è tempo per ogni cosa, anche se finisce. Ma devi cercare un futuro per te stessa per fare in modo che dopo potrai darne uno anche ai tuoi figli quando sarà il momento. Io voglio avere un futuro e voglio che l'abbia anche la mia famiglia”³³³.

Lupita è giovanissima ma sembra molto più adulta di tante altre donne. Parla a bassa voce, con calma, pacatezza e chiarezza. È precisa in ogni cosa che dice, attenta ad ogni particolare. Ricorda perfettamente ogni data della sua gravidanza, della sua vita, di tutto quello che la riguarda. È convinta di quello che dice, convinta di se stessa e delle sue decisioni, consapevole della sua situazione difficile.

Lupita ha quindici anni, è madre di due bambini gemelli di undici mesi: Edoardo e Diego. I bambini sono nati prematuri, hanno passato molto tempo in incubatrice e hanno dei grossi problemi di salute: non riescono a camminare bene e sono non vedenti, riescono a percepire solo le ombre, forse con il tempo e con qualche operazione molto costosa la loro condizione fisica migliorerà. Il padre dei bambini è più grande di Lupita ha ventuno anni. Si sono conosciuti perché lui faceva il manovale vicino casa sua ma non è di Mérida. Quando ha scoperto che Lupita era incinta non ha voluto farsi carico della gravidanza, anche lui ha detto che i figli non erano suoi. Ma lei mi dice che questa cosa un po' se l'aspettava, doveva stare più attenta e ha sbagliato. Lui ha problemi di alcolismo, beve molto ed è meglio che non abbiano più nessun rapporto. È stato il suo primo vero “fidanzato”, il primo con cui ha avuto rapporti sessuali, non molti un paio di volte, lei pensava che non sarebbe successo niente. Gli altri ragazzi che aveva conosciuto erano solo di “mano sudata”³³⁴, come dice lei.

Mi racconta che prima di rimanere incinta era una ragazza un po' scapestrata, ha lasciato la scuola e non lavorava, andava in giro e alle feste. Passava tutto il tempo per strada e soprattutto andava alle feste dei paesi intorno a Mérida, dove c'erano i cavalli, lei adora

³³³ “Las chavas igual, ellas saben que le pueden poner una demanda pero lo saben que no lo van a hacer, y como los conozcon lo saben que no lo van a hacer. Osea que la responsabilidad es de las chavas también, porque si los tipos no se toman la responsabilidad pues ellas tampoco hacen nada para obligarlos o para sacarse de ahí, osea se quedan ahí soportando que las humilien, que las peguen, que les digan de todo y sin dinero ni nada. Esta mal y luego esto es lo que aprenden los niños y a ellos le va a pasar lo mismo. yo no quiero que le pasa esto a mi bebé” [Intervista 29/09/13].

³³⁴ Espressione che significa “tenersi per mano” e indica l'assenza di contatti e rapporti sessuali.

andare a cavallo. Non si è mai presa nessuna responsabilità fino a quando non è rimasta incinta e ha dovuto imparare a prendersi cura dei gemelli.

I genitori di Lupita la aiutano molto: il padre si prende tutta la responsabilità economica e sua madre l'aiuta dentro casa, sua madre non può lavorare perché ha problemi di nervi. Lupita non vive nella casa di VIFAC ma la frequenta come esterna, non può trasferirsi con i due gemelli perché non è in grado di badare a loro senza l'aiuto di sua madre. Mi racconta che uno dei due bambini è molto legato a lei ma l'altro è molto più abituato a stare con la nonna.

Ogni giorno parte da casa sua, al sud di Mérida e, accompagnata dal padre, viene a passare la giornata nella casa con le altre donne e soprattutto la stanno aiutando per le cure mediche, della gravidanza e dei bambini. Due volte a settimane i gemelli possono fare fisioterapia con una volontaria della casa e inoltre stanno facendo molte visite private che da sola lei non avrebbe potuto pagare. Ha deciso di frequentare la casa perché ha bisogno di aiuto, ha cinque mesi e tre giorni di gravidanza e ha deciso che darà il bambino in adozione.

Questa gravidanza è il risultato di una violenza sessuale che Lupita ha subito mentre dormiva dentro casa una mattina che sua madre era uscita per accompagnare il fratello più piccolo a scuola. Lupita era rimasta a casa da sola con i gemelli, e il vicino di casa, che non abita lì ma che possiede un terreno proprio vicino casa della ragazza è entrato dentro casa e l'ha violentata. Lupita ha poi raccontato tutto al padre che, mi dice, voleva ammazzare quell'uomo, ma lui non si è più fatto vedere vicino a casa. L'hanno denunciato ma non è ancora successo niente. Lupita non sa bene se effettivamente la denuncia porterà a qualcosa, mi dice che alla fine in questi casi non succede mai niente. Quando ha scoperto di essere incinta Lupita avrebbe avuto diritto ad un aborto legale ma mi dice che sarebbe stato rischioso: "Abortir es un riesgo, perché a volte ti fanno male il raschiamento e puoi morire dissanguata. Io conosco donne a cui è successa questa cosa, ne ho sentito parlare. Allora ho pensato che non aveva senso togliere la vita a un neonato se rischi di toglierti la tua. No, preferisco tenerlo, che nasca e poi darlo in adozione"³³⁵.

Lei è incinta e non vuole tenere il bambino. È tranquilla ma non vuole parlare dell'abuso che ha subito, mi racconta dei suoi bambini e mi dice che non sarà semplice crescerli. È molto legata ai suoi genitori che, pur avendo una situazione non semplice, l'aiutano come meglio possono. Sa che non potrà tornare a studiare e che, quando i bambini staranno un po' meglio e potranno essere affidati alla cura di qualcun altro o andare a scuola, potrà trovare un lavoro e

³³⁵ "Abortar es un riesgo porque a veces te pueden hacer mal el procedimiento, puedes morirte desangrada. Yo conozco a muchas mujeres a las que le ha pasado esta cosa, he escuchado de ellas. Entonces he pensado que no tiene sentido quitar la vida a alguien si te quitas la tuya tambien. No, prefiero que nazca y luego darlo en adopcion" [Intervista 19/10/12].

cercare di essere un po' più autonoma. Ma sa anche che tutto questo non succederà presto. Le cure e le attenzioni di cui hanno bisogno questi bambini sono tantissime e lei è consapevole che da sola non è in grado di crescerli.

Le donne di cui ho parlato avevano deciso sin dall'inizio della gravidanza di dare il bambino in adozione, sebbene in qualche momento durante i nove mesi di attesa abbiano messo in discussione questa scelta alla fine l'hanno portata avanti fino alla fine, tutte. Anche se "non felici" hanno lasciato la casa di VIFAC con la consapevolezza di aver fatto la cosa "migliore", in quel momento, per loro e per il neonato.

10.4 Strategie di vita tra "libertà" e "costrizioni"

Le difficoltà, le motivazioni, i percorsi e le traiettorie della vita che spingono le donne a cercare aiuto all'interno della casa di accoglienza di VIFAC sono molteplici. Spesso gli elementi che definiscono le esperienze di vita di queste donne sono comuni e le decisioni quotidiane vengono prese seguendo logiche in cui essi sono sempre articolati tra loro.

Tutte hanno cercato qualche forma di aiuto e, a seconda dei casi, l'hanno trovata all'interno delle mura della casa di accoglienza. Hanno sperimentato un senso di protezione e di tranquillità e allo stesso tempo si sono sentite "in gabbia come leoni", passato le giornate "andando su e giù per la casa senza trovare pace", hanno sentito la mancanza degli affetti e hanno provato sollievo nella loro solitudine.

Sono donne che attraversano un momento della vita, definito da spazi e tempi rigidi, quelli dell'associazione e quelli della gravidanza. Sono consapevoli di essere in uno "stato di eccezione" ma anche di dover e voler tornare alla "normalità". Temono il futuro ma nutrono la speranza e il desiderio di una vita diversa da quella che hanno conosciuto.

Secondo l'ideologia di VIFAC, le donne vivendo lontane e distaccate dalle relazioni sociali ed affettive della loro vita quotidiana possono intraprendere un percorso di formazione e di cambiamento di se stesse. Il percorso di cambiamento si articola su una molteplicità di dimensioni: fisica, temporale, spaziale ma è soprattutto psicologica e interiore. L'obiettivo delle donne deve essere: conquistare un maggiore grado di consapevolezza di sé e delle proprie possibilità, ma anche avere le capacità di costruire relazioni emotive che permettano la definizione di un nucleo familiare "sano" e "giusto".

La maternità e il rapporto con i figli sono valori fondamentali e importanti nelle vite di queste donne, ma gli elementi che incidono sulle scelte e sulle traiettorie di vita delle donne non sono

legati ad un'idea stereotipata della maternità e della cura della famiglia. Piuttosto, sono i processi materiali e le disuguaglianze sociali, economiche e politiche che incidono maggiormente sulla vita delle donne e su come si affronta la gravidanza e ciò che verrà dopo il parto.

Queste donne si trovano a richiedere aiuto perché non sono in grado o sono in difficoltà nel definire un percorso di autonomia perdono la capacità e dalla possibilità di accedere ad un lavoro, ad una rete di servizi che assicuri un'assistenza sociale, un'assistenza medica, un'assistenza abitativa, nel momento in cui ne avrebbero più bisogno. Quando restano incinte e diventano soggetti che hanno bisogno di un maggiore sostegno, vedono sfumare qualsiasi possibilità di autonomia e di guadagno, qualsiasi possibilità di essere capaci di sopravvivere con le proprie forze.

Il lavoro implica avere: risorse economiche (che durante la gravidanza sono necessarie), risorse mediche in un contesto in cui l'assistenza medica passa per l'occupazione (che durante la gravidanza diventano imprescindibili), una casa e la possibilità di coprire le spese che essa comporta. La rete delle relazioni sociali ed affettive, definita dai rapporti familiari e di coppia, incide sulle condizioni di vita nel momento in cui essa sostituisce il sistema di sostegno che viene meno con la perdita dell'autonomia economica e del lavoro per la donna. Se queste relazioni di sostegno non esistono e non possono essere utilizzate, una donna incinta diventa uno dei soggetti più marginali e più deboli nel tessuto sociale locale. La gravidanza comporta non solo un'esperienza di vita diversa e la definizione di uno stato di "eccezione", ma implica anche un peggioramento delle condizioni di vita ed uno sfaldarsi del sistema di autonomia personale che spesso le donne, soprattutto in determinati contesti, hanno costruito con grande fatica.

A queste donne non viene riconosciuto nessun diritto e non viene riconosciuto nessun sostegno. Non esiste una rete di servizi sociali, gestiti in maniera governativa, che offra possibilità di aiuto in queste circostanze. Esistono programmi e progetti governativi che sostengono la maternità, quando essa sia già definita dalla presenza di una prole e dunque sono indirizzati al sostegno delle condizioni di vita dei figli più che delle madri. Non esistono aiuti nei confronti della donna come soggetto autonomo che si trova in difficoltà, in nessun caso, neanche nei casi in cui essa è vittima di violenze o di abusi. Da un punto di vista pratico, la rete dei servizi presente sul territorio nazionale che svolge questo tipo di attività è generalmente non governativa – civile e con una forte impostazione cattolica e religiosa.

Il valore della maternità e della famiglia, seguendo il pensiero della tradizione cattolica, assume un ruolo centrale all'interno dell'ideologia e delle pratiche dell'associazione che ho

preso in analisi. Ogni donna, nel suo essere soggetto naturalmente portato alla procreazione di una nuova vita, deve portare avanti la propria gravidanza. Ogni vita è un dono di Dio e, in quanto tale, va preservata. I diritti che vengono attribuiti al feto come soggetto sembrano travalicare l'ambito dei diritti della donna, in nome della scelta. Il feto, pensato come una vita e come un'entità soggettiva, non ha avuto la possibilità di scegliere e non ha responsabilità; la donna, invece, ha la possibilità di scelta e, dunque, di responsabilità.

Anche le donne riconoscono il valore del feto, poiché esso incide sulle loro esperienze di vita ed è pensato come un soggetto autonomo, non responsabile delle condizioni in cui esse si trovano. Le donne, in nome di questa responsabilità, in parte "naturale", assumono il ruolo di "soggetti incubatrici" di un'altra soggettività. È in questa prospettiva che può essere compreso il grade valore attribuito all'adozione, valore materiale come possibilità di un futuro diverso e migliore per madre e per figlio, valore simbolico come definizione di una relazione di "dono" e di altruismo in cui la donna diventa "un'eroina". Le donne che cedono il proprio figlio, in maniera consapevole, sono "coraggiose eroine" in grado di mettere da parte il "desiderio naturale" della maternità e il legame "naturale" e fortissimo con il figlio in nome di un futuro "degnò" che esse, in determinati momenti, non sono in grado di garantire né a se stesse né alla propria prole.

La scelta dell'adozione è determinata da una serie di elementi fra cui quelli afferenti all'ambito della gestione materiale della vita sembrano essere preponderanti per tutte le donne che ho incontrato. Le possibilità di scelta della donna sono ridotte dalle condizioni strutturali di vita in cui non esiste la possibilità di definire traiettorie "assolutamente libere". L'aborto come pratica non permessa legalmente e stigmatizzata socialmente incide sui percorsi biografici delle persone.

All'interno di questo panorama sociale, economico e politico, l'ideologia dell'associazione non mette in discussione le disuguaglianze e le forme di marginalità a cui le donne sono soggette ma lavora su una rappresentazione della donna che sia funzionale alla propria attività umanitaria.

Le ospiti della casa dopo il parto, quando saranno fuori dallo spazio di cura dell'associazione e dalla realtà ovattata in cui sono rimaste chiuse per mesi, dovranno affrontare da sole la propria vita. Nei mesi della mia frequentazione di VIFAC nessuna delle persone che attorno ad essa si muove, (direttrici, dipendenti, volontarie) ha messo in discussione questo approccio assistenzialista, problematizzando la condizione femminile all'interno di un più ampio campo di relazioni di potere. L'asse portante dell'azione e del progetto di VIFAC è quello di

salvaguardare la nuova vita, le donne sono importanti ma assumono un ruolo in qualche modo secondario.

Le condizioni di vita delle donne che si rivolgono alla casa di accoglienza sono difficili e complesse ed il loro cambiamento non è un processo immediato e lineare. I problemi e le difficoltà sono radicati all'interno dei percorsi biografici e quasi sempre hanno origine nella gestione della vita materiale, della possibilità di un lavoro, di un'educazione e di un processo di crescita individuale, nella mancanza di relazioni sentimentali ed emotive che siano basate sul riconoscimento e sul rispetto. Spesso c'è la voglia e il desiderio, un piano per il futuro, ma mancano gli strumenti teorici e pratici per affrontare determinate condizioni esistenziali e modificarle. Il lavoro dell'associazione è un modo per assicurare sostegno, un tentativo di aiuto forse troppo blando. La sua efficacia sulle condizioni quotidiane di vita delle donne è, in definitiva, discutibile. Nel contesto locale è innegabile che il lavoro svolto dall'associazione sia di aiuto alle donne che vi si rivolgono.

Quello che però molto spesso mi sono chiesta è quale sia l'obiettivo finale di quest'aiuto. Come è possibile aiutare davvero le donne se l'unica realtà su cui si lavora è quella di uno spazio chiuso che con il resto del mondo non ha nessuna relazione? Le donne, uscite dalla casa, si ritrovano nel mondo e niente o poco è cambiato, sono cambiate loro: hanno un nuovo figlio da sfamare o ne hanno lasciato uno alle spalle; ma questo come permette di definire un percorso e una traiettoria biografica diversa? Avere una maggiore consapevolezza di sé, qualche conoscenza pratica e una formazione cattolica è sufficiente a modificare le relazioni di potere disuguali all'interno delle quali hanno sempre vissuto?

11 CONCLUSIONE

11.1 Esperienze, scelte e costrizioni

La mia ricerca ha esplorato i modi in cui le donne sperimentano la loro sessualità e la loro riproduzione; i modi in cui si confrontano con i cambiamenti economici, sociali e politici del contesto in cui vivono; i modi in cui si muovono tra la presenza di un sistema di supporto sociale e la sua assenza; i modi in cui costruiscono le loro relazioni con gli uomini, con le altre donne, con i bambini; i modi in cui si confrontano con il settore della medicina pubblica e dell'assistenza civile e privata; i modi in cui definiscono la loro consapevolezza di genere; i modi in cui vivono le loro aspirazioni personali e i loro desideri. Tutti questi elementi incidono sulle scelte relative alla fertilità e alla procreazione.

Per capire come le donne pensano, agiscono, decidono e scelgono è stato necessario comprendere quali sono le loro condizioni di vita. Ho messo in evidenza come la mancanza di un reale accesso a buone condizioni abitative, ad un mercato del lavoro equo, ad un sistema educativo qualificato, ad un sistema di cura efficace definisca e limiti le percezioni e le possibilità della vita riproduttiva delle donne.

Nella maggior parte dei casi sono donne povere che vivono in condizioni di forte marginalità e sofferenza sociale. Sono donne che non hanno lavori stabili e sicurezze economiche, la loro salute dipende da servizi medici pubblici fortemente carenti. Esse non sono inserite in un sistema di welfare statale che garantisca tutele e, sempre di più, trovano sostegno, nei momenti di difficoltà, all'interno del settore dell'assistenzialismo civile e sociale.

Le difficoltà economiche e materiali, le relazioni sentimentali violente e disuguali, l'esclusione dal mercato del lavoro che si definisce nei termini di discriminazione di genere proprio durante la fase della gravidanza, il peso delle responsabilità e del ruolo della maternità costruiscono i tracciati biografici delle donne.

Gli uomini giocano un ruolo fondamentale perché influenzano le decisioni femminili, così come la loro visione e i loro desideri. Il sessismo, nella declinazione locale del *machismo*, si manifesta nelle relazioni di coppia e nella subordinazione femminile. Quando le donne hanno la possibilità di *cavarsela* da sole allora assumono un atteggiamento diverso nei confronti degli uomini e tendono a costruire delle relazioni di coppia (e di genere) che sono maggiormente paritarie.

La consapevolezza di *cavarsela* da sé implica una maggiore conoscenza e consapevolezza di se stesse e delle proprie possibilità. Le donne acquisiscono, anche con l'esperienza e con gli

“errori”, capacità decisionale e possibilità di negoziazione all’interno delle relazioni intime ma anche in quelle pubbliche. Le strategie di vita sono rivolte a modificare il grado della propria subordinazione dentro e fuori dall’ambito domestico e personale.

L’obiettivo di questo lavoro è stato definire un sistema di analisi integrale in cui si potessero prendere in considerazione le forze personali, culturali, politiche, sociali, economiche e storiche che incidono sulle decisioni e sulle esperienze riproduttive e sessuali delle donne. Si tratta di forze che agiscono sul corpo delle donne e attraverso di esso. Quando parliamo di riproduzione e di sessualità parliamo in primo luogo della dimensione corporea, di processi e di prodotti corporei. Guardiamo alla confluenza o alla discontinuità di elementi e fattori culturali e biologici e a come essi si incontrino o si scontrino.

L’utilizzo della contraccezione presuppone il desiderio sessuale, l’utilizzo della pianificazione familiare presuppone il desiderio di una famiglia “a misura”. La contraccezione implica l’assunzione di una responsabilità della fertilità e della procreazione (che sembra essere esclusivamente femminile) e la definizione di una progettualità futura che si esplicita nel fare figli.

Quando ti occupi di contraccezione i primi dati con cui ti relazioni sono numerici, sono i panorami quantitativi della demografia. In quei numeri si definisce il rapporto tra lo Stato e la popolazione, rapporto che diventa problematico quando il valore della crescita demografica è troppo alto o è troppo basso. Se per decenni, l’interesse delle istituzioni nazionali e internazionali si è focalizzato sul dato allarmante e preoccupante di una crescita demografica “fuori controllo”, oggi assistiamo al fenomeno inverso, soprattutto in determinate regioni del mondo. Le vecchie democrazie europee sono agitate da un lento ma crescente declino della crescita della popolazione. Se i corpi delle donne che ho incontrato preoccupano per la loro eccessiva produttività, i corpi delle donne con cui condivido la “mia normalità” preoccupano per la loro scarsa produttività. In entrambi i casi si richiede un’azione di gestione della sessualità e di razionalizzazione della riproduzione che segua direttive opposte ma complementari.

Questi fenomeni se inseriti all’interno di una prospettiva storica evidenziano un processo che funziona in nome del progresso, della legge delle risorse, degli sviluppi della biotecnologia. Un processo all’interno del quale probabilmente, tra vent’anni, le figlie e le nipoti delle donne raccontate in questo testo saranno considerate “corpi scarsamente produttivi”, proprio come lo sono oggi le mie coetanee in molti paesi dell’occidente ricco.

I numeri però raccontano solo una parte della storia. Dobbiamo guardare dietro a questi numeri per comprendere ed esplorare le esperienze delle persone e le circostanze della vita

che le conducono a prendere determinate decisioni sulla propria fertilità, riproduzione e sessualità. L'etnografia offre la possibilità di compiere questa operazione di analisi.

Le storie delle donne che ho incontrato chiamano in causa i diritti riproduttivi e sessuali, la libertà riproduttività e sessuale. Esse risuonano nell'esperienza di altre donne nell'arena nazionale o internazionale. Ho restituito una prospettiva locale per suggerire un'analisi più ampia della confluenza tra condizioni individuali, culturali, sociali, storiche e globali che influenzano le decisioni sulla fertilità delle donne e circoscrivono le loro opzioni riproduttive. La definizione di un modello analitico ampio mi ha permesso di restituire una visione delle sfumature delle esperienze delle persone. In questo senso è stato importante focalizzare l'attenzione sulle diverse ragioni che motivano le loro decisioni ed esplorare l'ampio spettro delle loro circostanze sociali, della loro consapevolezza di genere, dell'intersezione tra l'agentività individuale e la costrizione di un modello di vita e di comportamento.

Il paradigma della scelta, nato all'interno delle dichiarazioni internazionali sui diritti sessuali e riproduttivi, risignificato all'interno dei femminismi e riappropriato dalle istituzioni governative dei diversi stati, ha portato a guardare alle donne come agenti liberi capaci di una completa autoderminazione o come soggetti oppressi e costretti nel ruolo di vittime. Questa visione dicotomica e oppositiva risulta essere riduttiva dell'articolazione delle molteplici esperienze e delle diverse condizioni di vita delle donne. La comprensione dei fenomeni e dei processi che definiscono la sessualità e la riproduzione rischia di diventare in questo modo l'oggettivazione e l'essenzializzazione di presupposti teorici e di idee che poco hanno a che vedere con la vita.

Ho ritenuto più opportuno cercare di capire in che modo i termini di "scelta" e di "costrizione" "operino" sulle esperienze e sui corpi delle donne. Ci sono diversi gradi di agentività, di costrizione, di resistenza, di libertà. Questi elementi non sono mutualmente escludenti, essi si trovano in rapporto dialettico tra loro ed è in questo modo che definiscono le traiettorie di vita delle persone.

Mi sembra che una discussione sull'ideologia della scelta sia fondamentale per comprendere le decisioni rispetto alla fertilità, le scelte rispetto alla riproduzione e alla sessualità. L'ideologia della scelta deriva dall'idea che viviamo fundamentalmente in una società libera, che come individui abbiamo a nostra disposizione un'infinita possibilità di scelte. Dando per scontato che siamo tutti ugualmente inseriti all'interno di questo sistema liberale, senza distinzione di razza, di classe, di affiliazione etnica, di genere, si riconoscono le stesse opportunità di scegliere a tutti. Inoltre, come individui liberi e soggetti responsabili del proprio destino siamo considerati come assolutamente capaci di compiere le scelte migliori,

quelle che servono a migliorare le proprie opzioni e condizioni di vita e a raggiungere i propri obiettivi. Tutto questo implica che se come individui falliamo e sbagliamo ci debba essere qualcosa di sbagliato nelle nostre scelte e soprattutto qualcosa di profondamente sbagliato in noi stessi. L'ideologia della scelta si costruisce a partire da una logica binaria e oppositiva.

Nel caso specifico dei temi di cui ho scritto in questo lavoro, una distinzione deve essere fatta tra le decisioni che vengono prese sulla base dell'assenza di alternative possibili versus la libertà riproduttiva ottimale. Le donne prendono delle decisioni ma questo non significa necessariamente che esse stiano esercitando in maniera libera e senza coercizione il proprio volere e stiano godendo a pieno di una libertà e dei diritti che da essa derivano. La libertà riproduttiva, il reale riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi significa, nella vita quotidiana delle donne che ho conosciuto, essere capaci di fare delle scelte, di *caversela*, tra una serie di opzioni possibili.

Pensare ai processi decisionali in una prospettiva binaria definisce una visione semplicistica e meccanicistica basata su una logica casua-effetto lineare. Per una stessa scelta esistono diverse cause e diversi effetti ed è nella loro articolazione che credo venga meno il fondamento dell'ideologia della scelta come elemento euristico per l'analisi delle esperienze reali di vita delle persone. Le donne che ho incontrato mi hanno parlato di scelte che hanno preso ma anche di elementi che hanno costretto le esperienze.

I fattori e le forze che definiscono ed incidono sulle scelte e sulle esperienze delle donne e degli uomini definiscono anche il modo in cui pensano ai propri diritti sessuali e riproduttivi, quello in cui li esercitano e la loro consapevolezza di non essere completamente liberi. L'articolazione delle diverse e molteplici influenze che danno forma alla sessualità e alla riproduzione di soggetti in carne ed ossa nel flusso della vita serve a capire che cosa i diritti possono o non possono diventare.

Il sapere come forma di potere, il capitale economico, il capitale simbolico e la consapevolezza di sé mi sembrano essere le forze principali a partire dalle quali le donne e gli uomini si mettono in gioco all'interno del campo della contraccezione, ogni giorno, nel contesto locale e altrove.

11.2 “Prendersi cura di se stesse” e “caversela”

“Prendersi cura di se stesse”, il titolo di questa tesi, è un esplicito richiamo a una delle espressioni linguistiche centrali del mio lavoro di ricerca.

“*Como te cuidas?*”/ “*cuidarse*” significa letteralmente “come ti prendi cura di te stesso/a?”. Nel comune linguaggio medico e nel linguaggio quotidiano le persone utilizzano questa espressione per dire: “Quali strategie utilizzi e in che modo gestisci la tua sessualità per non avere o avere figli?”.

La prima suggestione, quando ho capito il senso e l’importanza del *cuidarse*, è stata quella di pensare alle categorie teoriche foucaultiane: *tecnologie del sé* e *cura del sé*. Mi sembrava che ci fosse un legame stretto tra le espressioni linguistiche utilizzate dalle persone e il senso di queste espressioni filosofiche. Il “prendersi cura di se stessa” rappresenta una sorta di meccanismo/dispositivo³³⁶ che, articolandosi in molteplici declinazioni, permette alle persone, nella loro vita quotidiana, di unire o scindere la sessualità e la riproduzione.

È proprio Foucault che scrive dell’importanza di: “studiare le regole, i doveri e le proibizioni riguardanti la sessualità, le restrizioni e i divieti ad essa connessi.” (Foucault 1992: 12). Attraverso l’utilizzo delle nozioni *tecnologie del sé* e *cura del sé* l’autore cerca di tracciare la storia dei diversi modi in cui, nei vari ambiti della cultura (economia, biologia, psichiatria, medicina, diritto penale), le persone hanno sviluppato una conoscenza di sé e utilizzato *tecniche* specifiche per comprendere e forgiare se stesse.

La *cura del sé* definisce la relazione tra assoggettamento, libertà e condotta morale. È nell’intreccio tra la costituzione dei soggetti, le pratiche di libertà e la condotta morale che si posiziona la cura del sé. Questa nozione, infatti, definisce da un lato pratiche di assoggettamento, dall’altro, pratiche di liberazione e di libertà. Esiste quindi una dimensione di assoggettamento ma anche una dimensione di rapporto attivo e libero con se stessi. Lo sguardo analitico dell’autore, che era partito dallo studio del potere e dei modi in cui esso agisce, si sposta e si posiziona sul rapporto attivo e libero dell’individuo con sé stesso e sulle pratiche di sé attraverso cui il soggetto cerca di trasformarsi. Le relazioni di potere devono essere pensate come relazioni all’interno delle quali si cerca di dirigere la condotta dall’altro ma si tratta sempre di relazioni e rapporti mobili, giochi strategici aperti alla libertà. Questa libertà dà spazio alla configurazione di nuovi rapporti di poteri.

³³⁶Per l’utilizzo del termine dispositivo faccio riferimento a tre fonti, quella “primaria” che è il pensiero di Michel Foucault e quelle che da essa derivano, gli scritti di Giorgio Agamben (2006) e Gilles Deleuze (2007). Rimando inoltre al testo di Fulvio Carmagnola (2015) per una ricostruzione storica e un’analisi critica degli utilizzi di questo concetto e per ipotesi di nuove traiettorie.

L'articolazione tra queste riflessioni teoriche e i dati etnografici mi ha indotto a pensare alla cura del sé (il *cuidarse*) come l'insieme dei particolari modi che le persone utilizzano, in un determinato contesto e rispetto ad un determinato ambito della vita, per *cavarsela*³³⁷ nella definizione di uno spazio di autonomia. Si configura come un potere di darsi da sé le regole della propria esistenza e del proprio modo di essere. Si configura come un continuo tentativo di sottrarsi e sfuggire alla normativizzazione, come la possibilità di essere "governati" il meno possibile.

In questo senso "*cuidarse*" può essere letto come una strategia continua, quotidiana, di *cavarsela* nella gestione della sessualità e della riproduzione, sottraendosi da, o negoziando con, le regole normalizzanti che passano per l'istituzionalizzazione e la normativizzazione delle politiche di salute, degli apparati legislativi, del senso comune socialmente condiviso delle relazioni di genere, della religione e della morale.

L'analisi del campo della contraccezione mi ha permesso di mettere in evidenza quanto la gestione della fertilità non sia solamente un problema tecnico. In un contesto come quello messicano in cui l'aborto è illegale, l'utilizzo "corretto" dei metodi contraccettivi rappresenta l'unica strategia possibile per evitare gravidanze non desiderate. In questo contesto, la sterilizzazione diventa il "migliore" metodo contraccettivo disponibile, dal punto di vista delle donne e da quello del personale medico.

Se pensiamo alla contraccezione come ad un continuum di pratiche e di tecniche, la sterilizzazione, come pratica definitiva e irreversibile volta ad annullare il rischio della fecondazione, e l'aborto, come soluzione estrema successiva alla fecondazione, si pongono ai poli di questo continuum. La prima tecnica è ampiamente utilizzata, poco problematizzata e socialmente condivisa, è la migliore strategia per la salute delle donne; la seconda tecnica, al contrario, è soggetta a stigmatizzazione e condanna.

Quando parliamo di aborto, ci sono una serie di elementi che accomunano la posizione delle donne che ho incontrato: pensare che il feto non ha nessuna colpa e responsabilità, pensare che quando si decide di abortire si sta commettendo un peccato e un omicidio, che il feto è una vita e in quanto tale gode di diritti e soprattutto deve essere tutelato. Sembra che il feto assuma un "valore" maggiore rispetto a quello che viene riconosciuto alla donna. Il feto, che è una vita, non ha colpe né responsabilità, deve godere di un altissimo grado di protezione. Al feto vengono riconosciute delle capacità di agentività, nel momento stesso in cui la sua esistenza incide sulle decisioni e sulle traiettorie di vita delle donne e/o della coppia. Credo

³³⁷ Devo al confronto con Fulvio Carmagnola la traccia che ho seguito per articolare il rapporto analitico che utilizzo in questo lavoro tra *cura del sé*, *cuidarse* e modi di *cavarsela*.

che in questo senso sia possibile parlare di “soggettività” del feto³³⁸; tanto è vero che, nella prospettiva delle persone incontrate, le scelte non oculte di una donna non devono ricadere come conseguenze sulle possibilità di vita di un altro “soggetto”. Adottando, questa postura, tuttavia mi sembra che si occulti il contesto di sofferenza sociale e marginalità economica e politica in cui vivono le donne. Le possibilità di vita del feto, infatti, sono direttamente correlate con le possibilità di vita della donna.

Per esempio, nei casi di violenza sessuale la donna non dovrebbe abortire: il “bambino” non ha nessuna colpa e nessuna responsabilità rispetto al modo in cui è avvenuta la procreazione. Le condizioni “oggettive” che potrebbero in qualche modo rendere “accettabile” la possibilità dell’interruzione della gravidanza sono legate alla presenza di rischi per la salute, rischi medici che nella loro scientificità sono interpretati come misurabili e oggettivi, e in quanto tali giustificano in una certa misura la “scelta”.

Nel contesto locale, lo stigma che caratterizza l’aborto travalica la legalità e il riconoscimento del diritto. In nessun caso esso infatti viene accettato apertamente. Lo stesso discorso femminista che difende i diritti delle donne e che sostiene la necessità di rendere legale l’interruzione volontaria della gravidanza come diritto imprescindibile di ogni donna si focalizza sempre sui rischi degli aborti illegali effettuati in condizioni di clandestinità e di insicurezza medica. Raramente si fa leva sulla necessità di rendere effettivamente accessibile un diritto già di per sé riconosciuto almeno da un punto di vista teorico.

La medicina come scienza e come sapere specialistico gioca un ruolo fondamentale all’interno del dibattito sull’aborto: sono le diverse posizioni mediche, considerate come verità scientifiche assolute ad assumere significati diversi all’interno dei discorsi, delle pratiche e delle posizioni che attorno all’aborto si costruiscono. Il discorso medico egemonico, nel contesto locale, sostiene il rischio dell’aborto in qualsiasi circostanza. In questa prospettiva portare a termine una gravidanza è sempre preferibile alla sua interruzione. Dal mio punto di vista, una delle questioni su cui si gioca la possibilità o l’impossibilità di accettare l’aborto come pratica della riproduzione è la messa in discussione di una determinata visione del ruolo della donna come madre, estremamente radicata, presente e condivisa dalla maggior parte delle persone, donne ed uomini. Il valore della donna dipende

³³⁸ La soggettività è attribuita. “Soggettività del feto” indica la definizione di una categoria analitica volta alla comprensione del panorama sociale preso esame. Non ha un’accezione morale e, per esempio, non vuole sostenere il posizionamento del movimento Pro-Life e confutare quello del movimento Pro-Choice. Per approfondimenti e chiarimenti riguardanti questa categoria analitica rimando al lavoro di Claudia Mattalucci (2015). Per approfondimenti relative alle diverse modalità di pensare e considerare il feto e analisi dei diversi panorami (anche in relazione allo sviluppo delle tecnologie mediche e audio visive) davanti a cui ci si può trovare rimando a Boltansky (2007), Duden (2006), Franklin (1991), Franklin e Lock (2003), Morgan (2009), Petchensky (1987).

dalla possibilità di essere madre e viene riconosciuto nel suo massimo grado quando tale potere viene esplicitato e realizzato nella creazione della prole.

La maternità come prerogativa naturale della donna viene messa in discussione soltanto all'interno di determinati ambiti e spazi che corrispondono nella maggior parte dei casi a quelli condivisi e definiti dalla prospettiva del femminismo, dell'attivismo di genere e di una determinata visione dei diritti sessuali e riproduttivi che mettono al centro del discorso la donna come soggetto indipendente ed autonomo, da uomo e da figli.

Un processo di decostruzione della maternità e della femminilità che prenda in considerazione l'interruzione della gravidanza come possibilità comporterebbe la messa in discussione di una serie di presupposti sociali, economici, politici, morali: quelli che definiscono le relazioni disuguali di genere su cui si articolano tutte le relazioni tra un soggetto femminile e un soggetto maschile nel contesto locale, così come in contesti altri e più ampi.

11.3 Salute, precarietà, sofferenza sociale: riflessioni tra il Messico e l'Italia

Alla fine di questo lungo lavoro, mi chiedo: a cosa serve, oggi, a cinquant'anni dalla commercializzazione della prima pillola, continuare a parlare di contraccezione in Messico come in Italia? Certo, in questi cinquant'anni le società e il senso comune sono notevolmente cambiati. Eppure, in un'epoca in cui la circolazione delle informazioni sembra essere assolutamente libera e accessibile a tutti, assistiamo alla diffusione di informazioni non corrette o addirittura false, con l'intento di creare confusione, di demonizzare le scelte contraccettive. Da un lato si guarda scandalizzati al crescente utilizzo della contraccezione d'emergenza, soprattutto tra le giovani donne, dall'altro non si promuove una sessualità consapevole e responsabile. Ciò comporterebbe l'accettazione dell'idea che la sessualità può essere davvero sganciata dalla funzione riproduttiva e che donne e uomini possano pensare al sesso, liberi da paure e da sensi di colpa. Un'idea quasi inaccettabile in Messico, come in Italia.

Mentre scrivo queste conclusioni i mezzi di comunicazione di massa consegnano immagini di donne libere e belle, che hanno facile accesso al potere. Donne in politica, donne ministro, donne ai vertici dei grandi organismi internazionali della finanza e della politica. Ma gli attacchi alla libertà e all'autonomia delle donne sono sempre più forte e gli spazi di libertà si restringono sempre di più. Le leggi sulla fecondazione assistita equiparano i diritti della

donna a quelli di un embrione; in Italia gli attacchi alla legge 194 non si contano, in Messico ancora non si parla di una legge che legalizzi l'aborto. I mezzi di comunicazione parlano anche di donne uccise perché donne: il Messico è il paese dei femminicidi e in Italia questo fenomeno diventa sempre più allarmante. In entrambi i contesti si legge di donne morte di parto e di aborto, con l'unica differenza che in Messico è un fatto quasi normale, in Italia è un fatto eccezionale con cui riempire la cronaca.

Mentre si cerca di far passare immagini di donne affermate e realizzate la disoccupazione femminile raggiunge livelli mai conosciuti e le donne continuano ad essere discriminate all'interno del mercato del lavoro: in Messico, una donna incinta viene licenziata; in Italia, insieme al contratto, alle donne è spesso richiesto di firmare una lettera di dimissioni da utilizzare nel caso di una gravidanza. Le donne guadagnano quasi sempre meno degli uomini. I servizi di sostegno alla maternità sono pochi o inesistenti, lo stato sociale che è fondamentale per la libertà e l'autonomia delle donne viene smantellato in Italia, non è ancora stato costruito in Messico.

In alcuni contesti più che in altri, la commercializzazione della contraccezione ha rappresentato un'occasione di libertà sconvolgente, ha cambiato la storia e le vite di donne e di uomini. Ma oggi questa storia di libertà sembra essere stata quasi dimenticata.

I gruppi conservatori guadagnano terreno nell'arena politica della definizione dei diritti delle persone. I loro slogan sono facilmente riconoscibili e abbastanza simili, in Italia come in Messico: a volte si contraddicono, partono da premesse discutibili. I gruppi liberali sembrano perdere terreno di fronte all'avanzare della controparte. I movimenti in difesa dei diritti delle donne sono deboli, i femminismi sono sempre più relegati in ambiti specifici, sono oggi troppo chiusi in circoli intellettuali e lontani da quella lotta che riguardava la vita e i corpi da cui la loro storia nasce.

Gli elementi di continuità e di discontinuità, tra il Messico e l'Italia, potrebbero essere finiti se l'interruzione volontaria di gravidanza non fosse tanto malconcia. In Italia, infatti, i conservatori condannano la Legge 194 e invocano referendum abrogativi, ma anche coloro che hanno posizioni meno nette e perfino quelli che apparentemente sono favorevoli alla libertà di scelta si tengono a distanza e restano in silenzio³³⁹.

Ritengo che il silenzio che costruisce l'interruzione volontaria di gravidanza, i vari "a me per fortuna non è mai successo" e "è sempre e comunque un trauma" siano modi, meno aggressivi ma altrettanto dannosi, di erodere la garanzia di un servizio che è considerato sempre meno

³³⁹ Per approfondimenti sulla situazione italiana in merito all'aborto rimando al lavoro di Chiara Lalli (2013). Per approfondire il dibattito tra i diversi posizionamenti assunti nella società italiana rispetto al tema dell'aborto rimando al testo di Adriano Sofri (2009).

medico ed è sempre più ricacciato nell'area del peccato mortale.

Lo stigma opprime qualunque conversazione sull'aborto. Le posizioni più avanzate sembrano essere quelle di rassegnata tolleranza verso la legalizzazione del male minore, come se non ci fosse la possibilità di depotenziarne la carica esplosiva e necessariamente dolorosa.

Solo provare a dire che abortire non sia sempre e per forza un'eterna ferita provoca rimproveri e reazioni paternalistiche. Spesso i tentativi di rendere l'intervento meno difficile (mi riferisco alla possibilità dell'utilizzo della RU486) sono considerati un modo per facilitare, banalizzare, giustificare una scelta che non dovrebbe essere tale. E non si può davvero scegliere di abortire, deve sempre essere una necessità, qualcosa a cui non ci si può sottrarre. Almeno è questo ciò che le donne devono dire per non essere giudicate. La narrazione attuale dell'aborto esclude la libertà di scegliere senza portarsi dietro una scia di rimpianti e rimproveri.

Il numero degli obiettori di coscienza nelle strutture sanitarie pubbliche spesso supera l'80% del totale dei ginecologi presenti in un reparto (Lalli 2011). Non tutti i casi di obiezione sono legittimi (cioè interpretano correttamente la legge 194: rispetto a questi potremmo domandarci se oggi è ancora giusto prevedere un'esenzione da un servizio medico su base morale), molti hanno un profilo poco limpido³⁴⁰. Il risultato è che il servizio di interruzione di gravidanza è garantito in modo eterogeneo e dipende spesso dalla singola struttura e dai singoli medici. In questo scenario rientrano spesso anche la contraccezione e altre procedure mediche correlate. La prescrizione di una pillola d'emergenza spesso si trasforma in un percorso ad ostacoli tra le strutture mediche e anche in questo caso le donne non sono esonerate da commenti e rimproveri.

Le donne e le coppie che hanno la fortuna di capitare in un ospedale ben organizzato o, più spesso, sanno a chi chiedere aiuto *se la cavano*. Negli altri casi, soprattutto quando le donne provengono da condizioni di vita in cui la marginalità sociale, economica e politica è alta le loro possibilità di *cavarsela*, senza rischi e problemi, diminuiscono. Forse il Messico non è così distante dall'Italia.

In questo lavoro ho cercato di mostrare come l'integrazione di fenomeni biologici, culturali, sociali e politici definiscano le esperienze di vita delle persone. Le politiche neoliberali (globali) stanno portando sempre di più verso una privatizzazione di servizi e di beni, tra cui quelli legati alla sfera della salute. La sessualità e la riproduzione come spazi di salute si

³⁴⁰Per un'analisi dell'obiezione di coscienza, intesa come strategia medica e come pratica di diritto, rimando al lavoro di Chiara Lalli (2011). Nel testo, l'autrice analizza anche come l'obiezione di coscienza incida sulla gestione dei servizi di salute per le donne rispetto all'aborto.

configurano come il risultato di volontà governamentali, statali e transnazionali, ma anche come arene di lotta per la difesa o la conquista di diritti. Come ho mostrato attraverso l'etnografia, le esperienze dei corpi sono strettamente connesse alle condizioni materiali dell'esistenza su cui incidono difficoltà economiche, marginalità e sofferenza sociale. Esiste un rapporto stretto tra le condizioni di salute delle persone, la precarietà del lavoro e la carenza di una giustizia sociale.

Ho cercato di mettere in evidenza il rapporto tra “il corpo” e “lo stato”, di definire una prospettiva analitica che mi permettesse di focalizzare lo sguardo sui rapporti di forza che orientano i processi di incorporazione (e soggettivizzazione) e le capacità di agire delle persone.

La tesi che anima questo lavoro è che: a partire da un'etnografia della dimensione quotidiana si possa, a livello di analisi, superare la separazione tra il piano delle “questioni sentimentali” (relazioni sessuali, riproduttive, amorose, iscritte spesso unicamente nella sfera dell'intimo e del privato) e quello degli aspetti pubblici, ideologici, politici, storici della vita. Non credo che abbia molto senso chiedersi dove inizi l'uno e dove finisca l'altro. Piuttosto, credo che sia più proficuo osservarli in una prospettiva dialettica che, pur guardando alle scissioni, alle discontinuità, ai vuoti e ai fallimenti (che esistono e devono essere presi in considerazione), ci permetta di comprendere la logica delle loro relazioni e come esse si dipanano. Non sono le “questioni sentimentali” anche politiche, storiche, economiche, materiali, nel momento in cui esse vengono necessariamente iscritte all'interno di una gestione giuridica, istituzionale e morale che è quella dello Stato o di altre forme di *governance*?

Ritengo che il cortocircuito tra tutti questi elementi e questi piani siano proprio i corpi delle donne e degli uomini (in tutta la loro fisicità e carnalità) che dialogano costantemente con razionalità e moralità diverse (della medicina, dello Stato, dei movimenti sociali) solo apparentemente omogenee e non contraddittorie.

BIBLIOGRAFIA

Abrantes Pego, R., 1997, "La Reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación", *Historia, Ciencias, Saude*, IV, 2: 245-263.

Abrantes Pego, R., 2010, *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado: grupos de interés en México e instituciones publicas de salud, 1982-200*, México: El Colegio de Michoacán.

Abrantes Pego, R., 2011, "La reforma del sector salud en México y la deuda pendiente con los desasistidos", *Revista gerencia y politica de salud* 10, 21: 5-8, Colombia: Pontifica Universidad Javeriana.

Abu Lughod L., 2005, *Dramas of Nattionhood. The politics of television in Egypt*, Chicago: University of Chicago Press.

Abu Lughod L., 2007 [1986], *Sentimenti Velati. Onore e poesie in una società beduina*, Torino: Le nuove Muse.

Abu Lughod L., Lutz C, 1990, *Language and the politics of emotion*, New York: Cambridge University Press.

Adelman M., 2012, "E.P. Thompson and the moral economies", in D. Fassin (a cura di), *A companion to moral anthropology*, Oxford: Wiley-Blackwell.

Agamben G., 2005, *Homo Sacher. Il potere umano e la nuda vita*, Torino: Einaudi Editore.

Agamben G., 2006, *Che cos'è un dispositivo?*, Roma: Nottetempo.

Aguirre Beltrán G., 1968 [1982], *El Proceso de aculturación*, México: Ediciones de la Casa Chata.

Aguirre Beltrán G., 1994 [1954], *Programas de salud en la situación intercultural*, D. F. México: Fondo de cultura economica.

Ahearn L. M., 2001, "Language and Agency", *Annual Review of Anthropology*, 30: 109-137.

Akin J., 1987, *Financing health services in developing countries*, Washington: The International Bank for Reconstruction and Development.

Alvarez S., 1998, "Latin American feminism 'go global': trends of the 1990s and challenges for the new millenium", in S. Alvarez, A. Escobar (a cura di), *Culture of Politics, Politics of Cultures: Re-Visioning Latin American Social Movements*, Boulder: Westviem: 239-324.

Alvarez S., Escobar A. (a cura di), 1998, *Culture of Politics, Politics of Cultures: Re-Visioning Latin American Social Movements*, Boulder: Westviem.

Alvaro F., Palma M., Alvarez Dardet C., 2006, "Efecto del ajuste estructural sobre la situacion de salud en America Latina y el Caribe, 1980-2000", *Revista Panamericana de Salud Publica*, 19,5: 291-9.

Amuchástegui Herrera A., 2001, “La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México”, *La ventana*, 14: 102-125.

Amuchástegui Herrera A., Rivas M., 2004, “Los procesos de apropiación de los derechos sexuales: notas para la discusión”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 57: 543-597.

Amuchástegui Herrera A., Szasz I., 2007, *Sucede que me canso de ser hombre...Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México D. F.: El Colegio de México.

Appadurai A., 2001 [1996], *Modernità in polvere*, Roma: Meltemi.

Ardener S., 1975, *Perceiving women*, London: Malaby Press.

Arditi B., 2008, “Arguments about the left turns in Latina America and the Andean countries”, *Population and Development Review*, 20: 159-78.

Armada F., Muntaner C., 2004, “The visible of the market: health reforms in Latin America”, in M. Singer, A. Castro (a cura di), *Unhelthy Health Policy. A critical anthropological examination*, Oxford: Altamira Press.

Azize Vargas Y., 2009, “La izquierda y el aborto en America Latina y el Caribe”, *Revista Mujer Salud*, 1: 54-8.

Barofsky J., 2011, *Estimating impact of health insurance in developing nations: evidence from México's Seguro Popular*, Harvard School of Public Health, Cambridge, MA.

Bartolomé M. A., 2006, *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*, México: Siglo XXI Editores.

Baulieu É-É., Hérítier F. e Leridon H. (a cura di), 1999, *Contraception: contrainte ou “liberté”?*, Parigi: Editions Odile Jacobs.

Bayart J. F., 2004, *Le gouvernement du monde. Un critique politique de la globalisation*, Paris: Fayard.

Bedford K., 2009, *Developing partenship: gender, sexuality, and the reformed World Bank*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bekkers M. et al., 2003, *Calidad de atención en la salud sexual y reproductiva en México. Qué ha cambiado en 10 años? Un monitoreo de los acuerdos de El Cairo 94*, Publicación de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, A. C.

Biehl J., Petryna A. (a cura di), 2013, *When people come first: critical studies in Global Health*, Princeton: Princeton University Press.

Birn A. E., 2005, “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicana en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, *Dynamis*, 25: 279-311.

- Birn A. E., 2006, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, New York: University of Rochester Press.
- Blundo G., Le Meur P.Y. (a cura di), 2009, *The governance of daily life in Africa: ethnographic explorations of public and collective services*, Leiden: Brill.
- Blundo G., Olivier de Sardan J.P. (a cura di), 2007, *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Senegal)*, Paris: Karthala.
- Bodini C., Ardigò, M., 2010, "La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno". in U. Pellecchia, F. Zanotelli (a cura di), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Firenze: Ed.it: 45-69.
- Boltansky L., 2007 [2004], *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano: Feltrinelli.
- Bourdieu P., Wacquant L., 1992, *Risposte. Per una antropologia riflessiva*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bourdieu P., 1998, *Il dominio maschile*, Milano: Feltrinelli.
- Bourdeiu P., 2003 [1972], *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Milano: Raffaello Cortina.
- Bourgois P., Scheper-Hughes N., 2004, "Comments" in P. Farmer, *Anthropology of structural violence*, *Current Anthropology*, 45, 3: 305-326.
- Bourgois P., Schonberg J. 2011 [2009], *Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana*, Roma: Derive Approdi.
- Boyer D., 2005, *Spirit and System. Media, Intellectual, and the Dialectic in Modern German Culture*, Chicago: University of Chigaco Press.
- Bronfmann M. N., Castro R., 1989, "Discurso y practica de la planificacion famliar en el caso de America Latina", *Saude em Debate*, 89: 61-67.
- Brower C., Sargent C. F., 2011, *Reproduction, globalization, and the state: new theoretical and ethnographic perspectives*, Durham - London: Duke University Press.
- Busoni M., 2000, *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Roma: Carocci.
- Butler J., 1996 [1990], *Corpi che contano. I limiti discorsivi del "sesso"*, Milano: Feltrinelli.
- Butler J., 2006 [2004], *La disfatta del genere*, Roma: Meltemi.
- Butler J., 2013, *A chi spetta una buona vita?*, Roma: Nottetempo.
- Cabrera G., 1994, "Demographic dynamics and development: the role of population policy in México", *Population and development review*, 20: 105-120.

Camarena S., Vilquin E., 2005, *Reproductive health, unmet needs and poverty. Issues of access and quality of services*, Paris: Cicred.

Cardarello A., 2012, "The right to have a family: 'legal trafficking of children', adoption and the birth control in Brazil", *Anthropology and Medicine*, 19, 2: 225-40.

Carmagnola F., 2015, *Dispositivo. Da Foucault al Gadget*, Milano: Mimesis.

Castro A., 2004, "Contracepting at childbirth: the integration of reproductive health and population policies in Mexico", in A. Castro, M. Singer (a cura di), *Unhelthy Health Policy. A critical anthropological examination*, Oxford: Altamira Press.

Castro A., Singer M. (a cura di), 2004, *Unhelthy Health Policy. A critical anthropological examination*, Oxford: Altamira Press.

Castro R., Erviti J. (a cura di), 2014, *25 anos de investigacion sobre la violencia domestica en México*, México: Universidad Nacional Autonoma de México.

Cervantes Carson A., 1998, "De mujeres, médicos y burocratas: políticas de población y derechos humanos en México", in G. Careaga et al. (a cura di), *Etica y salud reproductiva*, México: PUEG.

Chandra A., 1998, "Surgical sterilitation in the United States: prevalence and characteristics, 1965-95, *Department of Health, Vital Statistics*, 23,30: 1-33.

Chant S., Gutmann M., 2000, *Mainstreaming men into gender and development: debates, reflections and experiences*, Oxfam working papers, Oxfam Publishing.

Chant S., Gutmann M., 2002, "Men-streaming gender?: questiones for gender and development policy in the 21st century", *Progress in Development Studies*, 2, 4: 269-282.

Ciavolella R., 2013, *Antropologia Politica e Contemporaneità. Un'indagine critica sul potere*, Milano: Mimesis Edizioni.

Cohen A., 2000, *Signifying Identities: Anthropological Perspectives and Contested Values*, Londra: Routledge.

Cornwall A., Lindisfarne N., 1995, "Feminist anthropologies and questions of masculinity", in S. Ahmed, C. Shore (a cura di), *The future of anthropology*, Londra: Athlone Press.

Corrales J., 2010, "Latin American gays: the post-left leftists", *American Quarterly Online*, <http://www.americanquarterly.org/gay-rights-Latin-America>.

Correa S., 1994, *Population and Reproductive Rights. Femminist perspectives from the south*, London: Zed Books.

Craven C., 2010, *Pushing for Midwives: Homebirth Mother and the Reproductive Rights. Movements*, Philadelphia: Temple University press.

Craven C., 2011, "Revisiting feminist ethnography: methods and activisme at the intersection of neoliberal policy", *Feminist Formations*, 23, 2: 190-208.

Craven C., Davis D., 2014, *Feminist Activist Ethnography. Counterpoints to Neoliberalism in North America*, Lanham: Lexington Books.

Crehan K., 2010 [2002], *Gramsci, cultura e antropologia*, Lecce: Argo.

Csordas T., 1994, *Embodiment and experience*, Cambridge: Cambridge University Press.

Csordas t., 2003, "Incorporazione e fenomenologia", in C. Mattalucci (a cura di), *Corpi, Antropologia*, 3, Roma: Meltemi.

D'Aloisio F., 2007, *Non sono tempi per fare figli. Orientamenti e comportamenti riproduttivi nella bassa fecondità italiana*, Milano: Guerini.

Daas V., 1998, "Wittgenstein and anthropology", *Annual Review of Anthropology*, 27: 171-195.

Daas V., 1999, "Public good, ethics and everyday life: beyond the boundaries of the bioethics", *Deadalus*, 128, 4: 99-133.

Daas V., Poole D. (a cura di), 2004, *Anthropology in the Margins of the State*, Santa Fe: School of American Research Press.

Davis-Floyd R., Sargent C. (a cura di), 1997, *Childbirth and the authoritative knowledge. Cross cultural perspectives*, Berkeley: University of California Press.

De Certau M., 2010 [1990], *L'invenzione del quotidiano*, Roma: Edizioni Lavoro.

Deleuze G., 2010 [1989], *Che cos'è un dispositivo?*, Napoli: Cronopio.

De Zordo S., 2012a, "In search of pleasure and respect: biomedical contraceptive technologies in Bahia (Brazil)", in L. Manderson (a cura di), *Technologies of sexuality, identity and sexual health*, London, New York: Routledge: 16-34.

De Zordo S., 2012b, "Programming the body, planning reproduction, governing life: the 'irrationality' of family planning and the embodiment of social inequalities in Salvado de Bahia (Brazil)", *Anthropology and Medicine*, 19, 2: 207-223.

Donzelot J., 1979, *The policing of families*, New York: Pantheon Books.

Douglas M., 1990 [1987], *Come pensano le istituzioni*, Bologna: Il Mulino.

Duden B., 2006 [2002], *I Geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino: Bollati Boringhieri.

Dudgen M., Inhorn M., 2004, "Men's influences on women's reproductive health: Medical anthropological perspectives", *Social Science and Medicine*, 59, 7: 1379-95.

Eckert J., Dafinger A., Beherends A., 2003, "Towards an Anthropology of Governance", *Max Planck Institute for Social Anthrpology Report 2002-2003*, Halle/Saale: Max Planch Institute for Social Anthropology: 19-30.

Edelman M., 2001, "Social Movements. Changing paradigm and forms of politics", *Annual Review of Anthropology*, 30: 285-317.

Edelman M., Haugerud A., 2005, *The anthropology of development and globalization: from classical political economy to contemporary neoliberalism*, Malden: Blackwell.

Ehrlich P., 1968, *The population Bomb*, New York: Ballantine books.

Erviti J., Sosa Sánchez I. A., Castro R., 2007, "Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva", *Salud Pública de México*, 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.

Erviti J., Sosa Sánchez I. A., Castro R., 2010, "Social Origin of contraceptive counseling practices by male doctors in México", *Qualitative Health Research*, 20: 778-787.

Escobar A., 1995, *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton: Princeton University Press.

Escobar A., 2010, *Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales*, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Espinosa D. G., 2004, "La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva", *Sociológica*, 19, 54: 125-153.

Ewig C., 2010, *Second-wave neoliberalism: Gender, race, and health sector reform in Peru*, University Park: Pennsylvania State University Press.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de genealogie*, Paris: Presses Universitaires de France.

Fassin D., 1998, "Introduction: Politique des corps et gouvernements des villes. La production locale de la sante publique", in D. Fassin (a cura di), *Les figures urbaines de la sante publique: enquete sur des experiences locales*, Paris: La Decouverte.

Fassin D., 2001, "The biopolitics of otherness", *Anthropology Today*, 1: 12-34.

Fassin D., 2004, "Entre la políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud", *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 283-318.

Fassin D., 2007, "Humanitarianism as a politics of life", *Public Culture*, 19, 3: 499-520.

Fassin D., 2009, "Another politics of life is possible", *Theory, Culture e Society*, 26, 5: 44-60.

Fassin D., 2009, "Les economies morales revisitees", *Annales HSS*, 6: 1237-1266.

Fassin D., 2010, "Coming back to life: An anthropological reassessment of biopolitics and governmentality", in U. Brockling, S. Krasmann, T. Lemke (a cura di), *Governmentality: current issues and future challenges*, New York: Routledge: 185-200.

Fassin D. (a cura di), 2012, *A companion to moral anthropology*, Oxford: Wiley-Blackwell.

Ferguson J., 1990, *The anti-politics machine: "development", depoliticization and the bureaucratic Power in Lesotho*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Ferguson J., 2004, "Power Topographies", in D. Nugent, J. Vincent (a cura di), *A companion to the Anthropology of Politics*, Malden, Oxford, Carlton: Blackwell: 383-399.

Ferguson J., 2005 [1997], "Sviluppo e potere burocratico nel Lesotho", in R. Malighetti (a cura di), *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, Roma: Meltemi: 133-150.

Ferguson J., 2006a, "Decomposing Modernity: History and Hierarchy after Development", in J. Ferguson (a cura di), *Global Shadows. Africa in the Neoliberal World Order*, Durham: Duke University Press: 179-193.

Ferguson J., 2006b, *Global Shadows. Africa in the Neoliberal World Order*, Durham: Duke University Press.

Ferguson J., Gupta A., 2002, "Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality", *American Ethnologist*, 29, 4: 981-1002.

Fernández D., 2000, *Cuba and the politics of passion*, Austin: University of Texas Press.

Figueria Perea J.G., 1998, "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", in G. Careaga et al. (a cura di), *Etica y salud reproductiva*, México: PUEG.

Figueria Perea J.G. (a cura di), 1998, *La condicion de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México.

Figueria Perea J. G., 2001, "Varones, reproducción y derechos. ¿Podemos combinar estos términos?", *Revista Desacatos*, 6: 149-164.

Figueria Perea J. G., Aguilar B., 2006, "Una reflexion sobre el de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos" in J. Ezema, J. Morelos (a cura di), *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporaneo*, México D.F.: El Colegio de México: 185-209.

Foucault M., 1977 [1971], *Microfisica del potere. Interventi politici*, Torino: Einaudi Editori.

Foucault M., 1978a [1978], "La governamentalità", *Aut Aut*, 167, 18: 12-29.

Foucault M., 1978b [1978], "Precisazioni sul potere. Risposta ad alcuni critici", *Aut Aut*, 167, 168: 3-11.

Foucault M., 1978c [1977], "Poteri e strategie", *Aut Aut*, 164: 22-30.

Foucault M., 1989 [1982], "Il soggetto e il potere", in H. L. Dreyfus, P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault. Analitica della verità e storia del presente*, Firenze: Ponte delle Grazie.

Foucault M., 1992, "Tecnologie del sé", in L. H. Martin, H. Gutman, P. H. Hutton (a cura di), *Tecnologie del sé. Un seminario con Michel Foucault*, Torino: Bollati Boringhieri.

Foucault M., 1993 [1975], *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino: Einaudi Editori.

Foucault M., 1997 [1994], *Archivio Foucault, 2. Poteri, Saperi, Strategia*, Milano: Feltrinelli.

Foucault M., 1998 [1963], *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Torino: Einaudi.

Foucault M., 2001, *Biopolitica e liberalismo. Detti e scritti su potere ed etica, 1975-1984*, Milano: Medusa.

Foucault M., 2003 [2001], *L'ermeneutica del soggetto. Corso al College de France 1981-1982*, Milano: Feltrinelli.

Foucault M., 2004 [1976], *L'ordine del discorso*, Torino: Einaudi.

Foucault M., 2005 [2004], *Sicurezza, Territorio, Popolazione. Corso al College de France 1977-1978*, Milano: Feltrinelli Editori.

Foucault M., 2006 [1984], *L'uso dei piaceri. Storia della sessualità 2*, Milano: Feltrinelli Editore.

Foucault M., 2007 [2004], *Nascita della biopolitica. Corso al College de France 1978-1979*, Milano: Feltrinelli.

Foucault M., 2008 [2005], *Antologia. L'impazienza della libertà*, Milano: Feltrinelli Editore.

Foucault M., 2010 [1976], *La volontà di sapere. Storia della Sessualità Vol.1*, Milano: Feltrinelli Editori.

Foucault M., 2012 [1984], *La cura del sé. Storia della sessualità 3*, Milano: Feltrinelli Editore.

Forni S. et al., 2006, *Antropologia, genere, riproduzione. La costruzione della femminilità*. Roma: Carocci.

Franco Caceras I., 2013, *Políticas e actores religiosos in Yucatan*, México: Grafisma.

Franklin S., 1991, "Fetal Fascination: new dimension of the medical scientific construction of fetal personhood", in S. Franklin, C. Lury, J. Stacey, *Off-center: feminism and cultural studies*, Londra: Harper Collins: 109-205.

Franklin S., Ragonè H., 1998, *Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Franklin S., Lock M. (a cura di), 2003, *Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fe: School Of American Research Press.

French W., Bliss K. E., 2007, *Gender, sexuality, and power in Latin America since independence*, Lanham: Rowman and Littlefield.

Frenk Mora J., Londoño J., 1997, "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America", *Health Policy*, 41: 1-36.

Frenk Mora J., 2006, "Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico", *The Lancet*, 368: 954-961.

Frenk Mora J., 2007, "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias", *Revista de Salud Publica de México*, 49, 1: 14-22.

Frenk J., Gomez-Dantes O., Knaul M. F., 2009, "The democratization of health in México: financial innovations for universal coverage", *Bull Worl Health Organ*, 87: 542-548.

Friedman T. L., 2005, *The world is flat: a brief history of twenty-first century*, New York: Farrar, Straus.

Fundacion Mexicana para la Salud (Funsalud), 2006, *La salud en México 2006-2012: vision de Funsalud*, México: Funsalud.

Gal S., Gail K., 2000, *The politics of gender after socialism. A comparative historical essay*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Garcia B. (a cura di), 1999, *Mujer, Género y población en México*, México D.F.: El Colegio de México.

Giddens A., 2008 [1992], *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Bologna: Mulino.

Ginsburg F., 1987, "Procreation stories: reproduction, nurturance, and procreation in life narratives of abortion activists", *American Ethnologist*, 14, 4: 623-636.

Ginsburg F., Rapp R., 1995, *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, Berkeley: University of California Press.

Ginsburg F., 1998 [1989], *Contested lives. The abortion debate in an american community*, Berkley, Los Angeles: University of California Press.

Gledhill J., 2004, "Neoliberalism", in D. Nuget, J. Vincent (a cura di), *A companion to the anthropologist of politics*, Oxford, Carlton: Blackwell publishing.

Goldade K., 2007, "Reproduccion transnacional: la salud reproductiva, las limitaciones y las contradicciones para las migrantes laborales nicaranguenses en Costa Rica", in S. Garcia (a cura di) *El Mito Roto: inmigracion y emigracion en Costa Rica*, San Jose: UCR Press: 233-60.

Goldberg M., 2009, *The means of reproduction: sex, power, and the future of the world*, New York: Penguin Press.

Gomez Dantes O., 2005, "Seguro Popular: siete perspectivas", *Salud Publica de Mexico* 46, 6: 585-588.

Gonzalez Montes S., Mojarro M., 2012, “Genero y alivio a la pobreza en México. El caso de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en regiones indígenas”, in S. Ortale, R. Enriquez (a cura di), *Politica social en America Latina y Genero. Configuraciones/reconfiguraciones en la participacion de las mujeres*, Guadalajara: ITESO: 117-143.

Good M., 1997, “Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria”, *Salud Problema 2, Nueva Epoca 2*: 22-33.

Goodale M., Merry E. S., 2007, *The practice of human rights: tracking law between the global and the local*, Cambridge: Cambridge University Press.

Grupo de Trabajo de la Fundacion Mexicana para la Salud (Funsalud), 2013, “Universalidad de los servicios de salud en México”, *Salud Publica de Mexico*, 55, numero speciale.

Guemez Pineda M., 1997, “El proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema de institucional salud”, in E. Krotz (a cura di), *Cambio Cultural y Resocialización en Yucatán* (2007), Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Guemez Pineda M., 2005, “Entre la duda y la esperanza: La situación actual de la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY)”, *Temas Antropológicos*, 27, 1-2: 31-36.

Gupta A., 1995, “Blurred Boundaries: the Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State”, *American Ethnologist*, 22, 2: 179-199.

Gupta A., Ferguson J. (a cura di), 1997a, *Culture, Power, Place. Explorations in Critical Anthropology*, Durham: Duke University Press.

Gupta A., Ferguson J., 1997b, “Culture, Power, Place: ethnography at the end of an era”, in A. Gupta, J. Ferguson (a cura di), *Culture, Power, Place. Explorations in Critical Anthropology*, Durham: Duke University Press

Gupta A., 2004, “Imagining Nations”, in D. Nugent, J. Vincent (a cura di), *A companion to the Anthropology of Politics*, Malden, Oxford, Carlton: Blackwell: 267-281.

Gutmann M. C., 1997, “Trafficking in men: the anthropology of masculinity”, *Annual Review Anthropology*, 26: 385-409.

Gutmann M. C., 2007a, *Fixing men: sex birth control, and AIDS in Mexico*, Berkeley: University of California Press.

Gutmann M. C., 2007b, “Hacia el dominio del cuerpo varonil: los impulsos sexuales y la salud reproductiva masculina”, in A. Amuchastegui, I. Szasz (a cura di), *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en Mexico*, Mexico D.F.: El Colegio de Mexico.

Gutmann M. C., 2009, “Planning men out of family planning: a case study from Mexico”, *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 1: 104-124.

Gutmann M. C., 2009, "The Missing Gamete? Ten common mistakes or lies about men's sexual destiny", in M. Inhorn, T. Thorsen, H. Goldberg, M. la Cour Mosegaard (a cura di), *Reconceiving the second sex. Men, masculinity and Reproduction*, Londra: British Library.

Gledhill J., 2004, "Neoliberalis", in D. Nugent, J. Vincent (a cura di), *A companion to the Anthropology of Politics*, Malden, Oxford, Carlton: Blackwell: 332-348.

Hacking I., 1990, *The taming of chance*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hahn R. H., Inhorn M. C., 2008, *Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society*, Paperback.

Haller D., Shore C. (a cura di), 2005, *Corruption. Anthropological perspectives*, Londra: Pluto Press.

Handler R., 1988, *Nationalism and the politics of culture in Quebec*, Madison: The University of Wisconsin press.

Hannerz U., 2004, "Cosmopolitanism", in D. Nugent, J. Vincent (a cura di), *A companion to the Anthropology of Politics*, Malden, Oxford, Carlton: Blackwell, 69-95.

Hardon A., 2012, "The turn to female-male controlled safe sex technologies", in L. Manderson (a cura di), *Technologies of sexuality, identity and sexual health*, London, New York: Routledge: 58-74.

Hartmann B., 1995, *Reproductive rights and wrongs: the global politics of population control*, Boston: South end Press.

Heath D., Rapp R., Taussig K. S., 2003, "Genetic citizenship", in D. Nugent, J. Vincent (a cura di), *Companion to the Handbook of Political Anthropology*, Oxford: Blackwells Publishing.

Héritier F., 2004 [2002], *Dissolvere la Gerarchia. Maschile/femminile II*, Milano: Raffaello Cortina.

Heritier F., 2006 [1996], *Maschile/Femminile. Il pensiero della differenza*, Roma, Bari: Laterza.

Hernandez Chavez A., 2005 [2000], *Storia del Messico. Dall'epoca precolombiana ai giorni nostri*, Milano: Bompiani.

Herzfeld M., 1992, *The social production of indifference. Exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*, Chicago and London: University of Chicago Press.

Herzfeld M., 2003 [1997], *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, Napoli: L'ancora del Mediterraneo.

Hirsch J., 2003, *A countership after marriage. Sexuality and love in méxican translation families*, Berkeley: University of California Press.

Hirsch J., Hardlow H. (a cura di), 2006, *Modern loves. The anthropology of romantic courtship and companionate love*, Ann Arbor: University of Michigan Press.

Horn D., 1994, *Social bodies: science, reproduction and Italian modernity*, Princeton: Princeton University Press.

Horton R., 2006, "Mexican health reform: global lessons, local solutions", *The Lancet*, 368: 1480.

Htun M., 2003, *Sex and the state: abortion, divorce and the family under Latin American dictatorship and democracies*, Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Joffe C., 1995, *Doctors of conscience. The struggle to provide abortion before and after Roe v. Wade*, Boston: Beacon Press.

Joffe C., 2009, *Dispatches from the abortion wars. The costs of fanaticism to doctors, patients and the rest of us*, Boston: Beacon Press.

Kleinman A., 1999, "Moral experience and ethical reflection: can ethnography reconcile them? A quandary for 'The New Bioethics'", *Daedalus*, 128, 4: 69-97.

Knaul F., Gonzalez Pier E., Gomez Dantes O. et al., 2012, "The quest for universal health coverage: achieving social protection for all México", *The Lancet*, 380, 9849: 1259-1279.

Krause E., 2005, *A crisis of births: population politics and family-making in Italy*, Belmont: Thomson/Wadsworth.

Krause E., 2006, "Dangerous demographics and the scientific manufacture of fear", *The Corner House*, paper, <http://www.thecornerhouse.org.uk>

Krause E., Marchesi M., 2007, "Fertility politics as 'social Viagra': reproducing boundaries, social cohesion, and modernity in Italy", *American Anthropologist*, 109, 2: 350-62.

Krause E., De Zordo S., 2012, "Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing 'rationalities' of reproduction across the north-south divide", *Anthropology and Medicine*, 19,2: 137-151.

Lagarde M., 1990, *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: UNAM.

Lankin J., 2009, "Financing structure for Mexican reform in danger", *The Lancet*, 373: 1948-1961.

Lalli C., 2011, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto come cambia l'obiezione di coscienza*, Milano: Il Saggiatore.

Lalli C., 2013, *A. La verità, vi prego, sull'aborto*, Roma: Fandango Libri.

Lassonde L., 1997, *Los desafíos de la demografía*, México: UNAM/FCE.

Latour B., 2004, "Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern", *Critical Inquiry*, 30 (winter 2004): 225-248.

Laurell Asa C., 2007, "Health system reform in Mexico: a critical review", *International Journal of Health Services*, 37, 3: 515-535.

Laurell Asa C., 2010, "La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios", *Salud Colectiva*, 6, 2: 137-148.

Laurell Asa C., 2011, "Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta", *Scienza y salud colectiva*, 16, 6: 2795-2906.

Laurell Asa C., 2013, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Colección Clacso-Crop, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso.

Lerner S., Szasz I., 2001, "La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias", *El Cotidiano* 17, 107: 53-65.

Lindebaum S., Lock M. (a cura di), 1993, *Knowledge, power, and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley: University of California Press.

Llovet J.M., Ramos S., 1998, "Induced abortion in Latin America: strategies for future social research", *Reproductive Health Matters*, 6, 11: 55-65.

Lock M., 1993, "Cultivating the body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge", *Annual Review of Anthropology*, 22: 133-155.

Lock M., Gordon D.R. (a cura di), 1988, *Biomedicine examined*, Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.

Lock M., Kaufert A. (a cura di), 1998, *Pragmatic women and body politics*, Cambridge: Cambridge University Press.

Lock M., Scheper Hughes N., 2006 [1990], "Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta", in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano: Raffaello Cortina Editori: 149-194.

Lopez I., 2008, *Matters of choice. Puertorican women's struggle for reproductive freedom*, New Brunswick: New Jersey and London Rutgers University Press.

Lutz C., White G. M., 1986, "The anthropology of emotions", *Annual Review of Anthropology*, 15: 405-436.

Malighetti R., 2004, *Il Quilombo di Frechal. Identità e lavoro sul campo in una comunità di discendenti di schiavi*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Manderson L., 2012, *Technologies of sexuality, identity and sexual health*, London, New York: Routledge.

Marchesi M., 2012, "Reproducing italians: contested biopolitics in the age of replacement anxiety", *Anthropology and Medicine*, 19,2: 171-188.

Marramao G., 2003, *Passaggio a occidente. Filosofia e globalizzazione*, Torino: Bollati Boringhieri.

Martin E., 1991, "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles", *Signs*, 16, 3: 485-501.

Martin E., 2001 [1987], *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, Boston: Beacon Press.

Martin L. H., Gutman H., Hutton P. H. (a cura di), 1992, *Tecnologie del sé. Un seminario con Michel Foucault*, Torino: Bollati Boringhieri.

Mastrogiovanni F., 2015, *Ni vivos ni muertos. La sparizione forzata in Messico come strategia del terrore*, Roma: Derive Approdi.

Matera V., 2015, "Leggere la protesta. Per un'antropologia dei movimenti sociali", *Archivio Antropologico del Mediterraneo*, anno XVII, 17, 1: 5-12.

Mathieu N. C., 1979 [1977], "Paternità biologica, maternità sociale", in L. Baruffi, *Il desiderio della maternità*, Torino: Bollati Boringhieri: 52-61.

Mattalucci C. (a cura di), 2003, "Corpi", *Antropologia*, 3, Roma: Maltemi.

Mattalucci C., 2012a, "Pro-life activism, abortion and subjectivity before birth: discursive practices and anthropological perspectives", *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3, 10: 109-118.

Mattalucci C., 2012b, "Maternità immaginate. Le donne, il corpo e la 'vita' nell'attivismo pro-life (Lombardia)", in C. Mattalucci (a cura di), *Etnografie di genere. Immaginari, Relazioni e mutamenti sociali*, Lungavilla (PV): Edizioni Altravista.

Mattalucci C., (a cura di), 2012c, *Etnografie di genere. Immaginari, Relazioni e mutamenti sociali*, Lungavilla (PV): Edizioni Altravista.

Mattalucci C., 2015, "Fabbricare l'umano prima della nascita", in S. Barberani, S. Borutti, C. Calame, M. Kilani, C. Mattalucci, L. Vansago, *Soggetto, persona e fabbricazione dell'identità. Casi antropologici e concetti filosofici*, Milano: Mimesis.

Mauss M., 2000 [1936], "Le tecniche del corpo", in M. Mauss (a cura di), *Teorie generale della magia ed altri saggi*, Torino: Einaudi.

Menendez E., 2009, "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicana", *Salud colectiva*, 5, 9: 155-179.

Minicuci M., Pavanello M., 2010, "Introduzione", in M. Minicuci, M. Pavanello (a cura di), *Antropologia delle istituzioni*, Meridiana, 68: 9-35.

Mishtal J., 2012, "Irrational non reproduction? The dying nation and the postsocialist logics of declining motherhood in Poland", *Anthropology and Medicine*, 2, 19: 153-169.

Mooney J., Piepier E., 2009, *The politics of motherhood: maternity and women's rights in twentieth-century Chile*, Pittsburg: University of Pittsburg Press.

Moore H., 1994, *A passion for Difference: essays in anthropology and gender*, Cambridge: Polity Press.

Morgan L., 1998, "Ambiguities lost: fashioning the fetus into child in Ecuador and the United States", in N. Scheper-Hughes, C. Sargent (a cura di), *Small wars: the cultural politics of childhood*, Berkeley: University of California Press: 58-74.

Morgan L., 2009, *Icons of life. A Cultural History of Human Embryos*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Morgan L. M., Michaels M. W. (a cura di), 1999, *Fetal Subjects, feminist positions*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Morgan L., Roberts E.F.S., 2009, "Rights and reproduction in Latin America", *Anthropology News*, 50: 12-16.

Morgan L., Roberts E.F.S., 2012, "Reproductive governance in Latin America", *Anthropology and Medicine*, 19,2: 241-254.

Nicholson L., 1996, "Per un'interpretazione di 'genere'", in S. Piccone Stella, C. Saraceno (a cura di), *Genere, la costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna: Il Mulino.

Nichter M., 2008, *Global Health, Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*, Tucson: The University of Arizona Press.

Nordstrom C., 2008, "Interpretazioni in conflitto. Il ruolo dell'antropologia nell'analisi dei conflitti contemporanei", in A. De Lauri, L. Achilli (a cura di), *Pratiche e politiche dell'etnografia*, Roma: Meltemi.

Oaks L., 2009, "What are Pro-Life Feminists doing on campus?", *NWSA Journal*, 21,1: 178-203.

Ohnuki-Tierney E., 2004 [2002], *La vera storia dei kamikaze giapponesi. La militarizzazione dell'estetica nell'Impero del Sol Levante*, Milano: Bruno Mondadori.

Olivier de Sardan J.P., 2005, "Classic ethnology and the socio-anthropology of public spaces. New themes and old methods in European African Studies", *Afrika Spectrum*, 40: 485-497.

Olivier de Sardan J.P., 2008 [1995], *Antropologia e sviluppo. Saggi sul cambiamento sociale*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ong A., 1999, "Clash of Civilizations or Asian Liberalism? An Anthropology of the State and Citizenship", in H.L. Moore (a cura di), *Anthropological Theory Today*, Cambridge: Polity Press: 48-72.

Ong A., 2005 [2003], *Da Rifugiati a Cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ong A., 2006, *Neoliberalism as exception: mutations in citizenship and sovereignty*, Durham NC, Londra: Duke University Press.

Ong A., Collier S. (a cura di), 2008, *Global assemblages: technology, politics, and ethics anthropological problems*, Boston: Wiley Blackwell.

Ortega Canto J., 2006, "Géneros y Generaciones: Conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán, México", *Salud Colectiva*, Buenos Aires: 75-89.

Ortega Canto J., 2010, *Generos, generaciones y transacciones: reproduccion y sexualidad en Maya de Yucatan*, México: El Colegio de Michoacan.

Ortiz M., 2006, *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*, Secretaría de Salud, Fundación mexicana para la salud, Instituto nacional de salud pública, México: Fondo de cultura económica.

Ortiz Ortega A. (a cura di), 1999, *Derechos Reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, México: EDAMEX, UAM.

Ortiz Ortega A., Amuchástegui A., Rivas M., 2006, "Porque yo los traje al mundo. La negociación de los derechos de las mujeres en México", in R.P. Petchesky, K. Judd (a cura di), *Como negocian las mujeres sus derechos reproductivos en le mundo. Una interseccion entre culturas, politica y religiones*, México D.F.: El Colegio de México: 251-300.

Ortner S., 1996, *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*, Boston: Beacon Press.

Ortner S., 2005, "Subjectivity and cultural critique", *Anthropological Theory*, 5, 1: 31-52.

Ortner S., 2006, *Anthropology and Social Theory. Culture, power and the acting subject*, Durham, London: Duke University Press.

Ortner S., Withhead H., 2000 [1981], *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile*, Palermo: Sellerio.

Palumbo B., 1998, "L'UNESCO e il campanile. Riflessioni antropologiche sulle politiche di patrimonializzazione osservate da un luogo della Sicilia orientale", *Eupolis*, 21-22: 118-125.

Palumbo B., 2003, *L'UNESCO e il campanile. Antropologia, politica e beni culturali in Sicilia orientale*, Roma: Meltemi.

Palumbo B., 2009, *Politiche dell'inquietudine. Passioni, feste e poteri in Sicilia*, Firenze: Le Lettere.

Palumbo B., 2010a, "Classificare, agire, disciplinare: riflessioni critiche su alcune tendenze dell'antropologia politica contemporanea", *Illuminazioni. Rivista di Lingua, Letteratura e Comunicazione* 11: 36-110. <compu.unime.it/illuminazioni/index11.html>

Palumbo B., 2010b, "Sistemi tassonomici dell'immaginario globale. Prime ipotesi di ricerca a partire dal caso Unesco", in M. Minicuci, M. Pavanello (a cura di), *Antropologia delle istituzioni*, *Meridiana*, 68: 37-72.

Paxson H., 2004, *Making modern mothers: ethics and family planning in urban Greece*, Berkeley, Los Angeles: University of California press.

Pellecchia U., Zanotelli F. (a cura di), 2010, *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Firenze: Ed. it.

Petchesky R.P., 1987, "Foetal Images: the power of visual culture in the politics of reproduction", in M. Stanworth, *Reproductive Technologies: gender, motherhood and medicine*, Cambridge: Politu Press: 57-80.

Petchesky R. P., 1995, "The body as a property: a feminist re-vision", in F. Ginsburg, R. Rapp, *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley: University of California Press.

Petchesky R.P., 2006a, "Introducción", in R.P. Petchesky, K. Judd (a cura di), *Como negocian las mujeres sus derechos reproductivos en le mundo. Una interseccion entre culturas, politica y religiones*, México D.F.: El Colegio de México: 39-83.

Petchesky R.P., 2006b, "Comparaciones entre países y percepciones políticas", in R.P. Petchesky, K. Judd (a cura di), *Como negocian las mujeres sus derechos reproductivos en le mundo. Una interseccion entre culturas, politica y religiones*, México D.F.: El Colegio de México: 469-506.

Petryna A., 2002, *Biological citizenship: science and the politics of health after Chernobyl*, Princeton NJ: Princeton University Press.

Piasere L., 2002, *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Bari: Editori Laterza.

Pisani E., 2012 [2008], *La sabiduria de las putas: burocratas, burdeles y el negocio del sida*, Madrid: Sexto Piso.

Pizza G., 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carocci.

Pizza G., 2003, "Antonio Gramsci e la antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazione della persona", *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 15-16/ ottobre 2003, Lecce: Argo Editrice: 33-51.

Pizza G., Johannessen H. (a cura di), 2009, "Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of state powers", *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 27-28/ ottobre 2009, Lecce: Argo Editrice: 13-20.

Pizza G., 2012a, "Editoriale. Fisica e politica delle migrazioni in Italia: prospettive etnografiche", in G. Pizza, F. Ravenda (a cura di), *Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 33-34/ ottobre 2012, Lecce: Argo Editrice: 13-24.

Pizza G., 2012b, "Second nature: on Gramsci's anthropology", *Anthropolgy and Medicine*, 19, 1: 95-106.

Pusetti C. (a cura di), 2005, "Emozioni", *Antropologia*, 6, Roma: Meltemi.

Quattrocchi P., 2007, "Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", in P. Quattrocchi, M. Güémez Pineda (a cura di), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Mérida: Compañía Editorial de la Península: 79-114.

Quattrocchi P., 2011, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán (Messico)*, Pisa: Pacini editore.

Rabinow P., 1984, *The Foucault Reader*, New York: Pantheon Books.

Rabinow P., Rose N., 2006, "Biopower today", *Biosocieties*, 1: 195-217.

Rapp R., 1999, *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America*, Londra: Routledge.

Reed N., 2010 [1964], *La guerra de castas en Yucatán*, México: Era.

Ribeiro Corossacz V., 2004, *Il corpo della nazione. Classificazione razziale e gestione sociale della riproduzione in Brasile*, Roma: Cisu.

Roberts E.F.S., 2009, "God's laboratory: religious rationalities and the modernity in Ecuadorian in Vitro fertilization", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30,4: 507-36.

Roberts E.F.S., 2012, *God's laboratory: assisted reproduction in the Andes*, Berkeley: University of California Press.

Rose N., 1996, *Inventing our selves*, Cambridge: Cambridge University Press.

Rose N., 2006, "Governing "advanced" liberal democracies", in A. Sharma, A. Gupta, *Anthropology of the State*, Oxford: Blackwell Publishing.

Rose N., 2007, *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton: Princeton University Press.

Rylko-Bauer B., 1996, "Abortion from a crosscultural perspective: an introduction", *Social Science Medicine*, 42, 4: 479-82.

Rylko-Bauer B., Whiteford L., Farmer P. (a cura di), 2010, *Global Health in Times of Violence*, Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.

Sargent C., Kotobi L., 2012, "Contraceptive secrets: body battles among north and west african migrants in Paris", in L. Manderson (a cura di), *Technologies of sexuality, identity and sexual health*, London, New York: Routledge: 35-54.

Scheper-Hughes N., Bourgois P. (a cura di), 2004, *Violence in war and peace: an Anthology*, Oxford: Blackwell Publishing.

Scheper-Hughes N., Sargeant C. (a cura di), 1998, *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*, Berkeley: University of California Press.

Seidel G., Vidal L., 1997, "The implications of medical, gender in development and culturalist discourse for HIV/AIDS policy in Africa", in C. Shore, S. Wright (a cura di), *Anthropology of Policy: Perspectives on Governance and Power*, Londra: Routledge: 59-107.

Sen A., 2002, *Globalizzazione e libertà*, Milano: Mondadori.

Sesia P., 1992, *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Oaxaca: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Sesia P., 2001, "Aquí la Progresista está muy dura": Estado, negociación e identidad entre familias indígenas rurales", *Revista Desacatos*, 8: 109-128.

Sesia P., 2006, "Mujeres indígenas que mueren en la maternidad: Pobreza, etnicidad e inequidad en Oaxaca", Mérida: XXVIII Convegno Internazionale di Americanistica.

Sesia P., 2007, "Reproductive health and reproductive rights after the Cairo consensus: accomplishments and shortcomings in the establishment of innovative public policies in Oaxaca", *Journal of NSRC*, 4, 3: 34-49.

Sharma A., Gupta A., 2006, "Introduction: Rethinking Theories of the State in an Age of Globalization", in A. Sharma, A. Gupta (a cura di), *The Anthropology of the State. A reader*, Malden USA, Oxford UK, Victoria Australia: Blackwell Publishing: 1-41.

Sharma A., Gupta A. (a cura di), 2006, *The Anthropology of the State. A reader*, Malden USA, Oxford UK, Victoria Australia: Blackwell Publishing.

Shore C., Wright S., 1997, "Policy: A new field of anthropology", in C. Shore, S. Wright (a cura di), *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*, Oxon, New York: Routledge: 3-39.

Shore C., Wright S. (a cura di), 1997, *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, New York: Routledge.

Signorelli A., 2007, "Postfazione", in F. D'Aloisio, *Non sono tempi per fare figli. Orientamenti e comportamenti riproduttivi nella bassa fecondità italiana*, Milano: Guerini.

Singer M., Baer H., Susser I., 2003, *Medical anthropology and the world system*, Westport: Preager Publishers.

Singer M., Castro A., 2004, "Anthropology and health policy: a critical perspective", in A. Castro, M. Singer (a cura di), *Unhealthy Health Policy. A critical anthropological examination*, Oxford: Altamira Press.

Smith-Oka V., 2009, "Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health", *Social Science & Medicine*, 68: 2069-2077.

Sofri A., 2008, *Contro Giuliano. Noi uomini, le donne e l'aborto*, Palermo: Sellerio.

Somers M., 2008, "Towards a new sociology of rights: a genealogy of 'buried bodies' of citizenship and human rights", *Annual Reviews of Law and Social Science*, 4: 385-425.

Sorrentino V., 2008 [2005], "Le ricerche di Michel Foucault", in M. Foucault, *Antologia. L'impazienza della libertà*, Milano: Feltrinelli: VII-LV.

Stern C., Figueroa J.G., 2001, *Sexualidad y salud Reproductiva. Avances y retos para la investigacion.*, México D.F.: El Colegio de México.

Stoler A.L., 1995, *Race and the education of desire: Foucault's history of sexuality and the colonial order of things*, Durham: Duke University Press.

Szasz I., 1998, "Los varones y la sexualidad. Aportes del pensamiento feminista y primeros acercamientos a su estudio en México", in S. Lerner (a cura di), *Varones, sexualidad y reproducción*, México D.F.: El Colegio de México.

Tamez Gonzalez S., Bodek S., Eibenschutz C., 1995, "Lo publico y lo privado, las aseguradoras y la atencion medica en México", *Cuadernos de Salud Publica*, 11, 4: 139-153.

Tamez Gonzalez S., Valle Arcos R. I., 2005, "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud", *Revista Mexicana de Sociología*, 67, 2005: 321-356.

Tamez Gonzalez S., Eibenschutz C., 2008, "El Seguro Popular en Mexico: pieza clave de la inequidad en salud", *Revista de Salud Pública*, 10, 1: 133-145.

Tedlock B., 1991, "The observation of participation and the emergence of public ethnography", *Journal of Anthropological research*, 47: 69-94.

Uribe Gómez M., 2011, "Mercado regulado o competencia sin control? Las reformas de salud en Colombia, 1995-2001", *Los vaivenes de las politicas sociales en Argentina, Colombia, Chile, Mexico y Uruguay: neo o posneoliberalismo?*, Mexico: Porrúa: 33-80.

Uribe Gómez M., Abrantes Pego R., 2013, "Las reformas a la protección social en salud en México: rupturas o continuidades?", *Perfiles Latinoamericanos*, 42: 135-162.

Vaggione J.M., 2005, "Reactive politization and religious dissidence: the political mutations of the religious", *Social Theory and Practice*, 31, 2: 1-23.

Vaggione J.M., 2010, "Evangelium vitae today: hoe conservative forces are using the 1995 papal encyclical to reshape public policy in Latin America", *Conscience*, 13, 2: 23-30.

Van deer Gest S., Finkler K., 2004, "Hospital Ethnography: introduction", *Social Science and Medicine*, 59, 10: 1995-2001.

Vazques Sandrin G., 2010, *Fecundidad indigena*, México D.F.: UAEH Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades.

Voekel P., 2002, *Alone before God: the religious origins of modernity in Mexico*, Durham: Duke University Press.

Wacquant L., 2000, *Parola d'ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello stato penale nella società neoliberale*, Milano: Feltrinelli Editore.

Wacquant L., 2009, *Prisons of poverty*, Minneapolis, London: University of Minnesota Press.

Wenzel Geisler P., 2015, *Para-States and Medical Science: Making African Global Health*, Durham: Duke University Press.

Wenzel Geisler P., 2015, "Introduction: A life science in its African Para-State", in P. Wenzel Geisler (a cura di), *Para-States and Medical Science: Making African Global Health*, Durham: Duke University Press.

Wolf D. (a cura di), 1996, *Feminist dilemmas in fieldwork*, Boulder: WestviewPress.

World Development Report, 1993, *Investing in health*, Oxford: The World Bank Oxford University Press.

Xavier Inda J., 2005, "Analytics of the Modern: An introduction", in J. Xavier Inda (a cura di), *Anthropologies of Modernity, Foucault, Governmentality, and the Life Politics*, Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing: 1-20.

Xavier Inda J., 2005, *Anthropologies of Modernity, Foucault, Governmentality, and the Life Politics*, Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.

